21

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1899, à 1 heure

PAR

Adolphe MENU

Lauréat de l'École de Médecine de Reims (Médaille d'argent)
Ancien interne des Hôpitaux de Reims
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
et de la Clinique d'accouchement Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA MÔLE VÉSICULAIRE
TUMEUR MALIGNE

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. { MATHIAS DUVAL, *Professeur.* / RETTERER, *Agrégé.* / LEPAGE, *Agrégé.* }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1899, à 1 heure

PAR

Adolphe MENU

Lauréat de l'École de Médecine de Reims (Médaille d'argent)
Ancien interne des Hôpitaux de Reims
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
et de la Clinique d'accouchement Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA MÔLE VÉSICULAIRE
TUMEUR MALIGNE

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. { MATHIAS DUVAL, *Professeur.*
RETTERER, *Agrégé.*
LEPAGE, *Agrégé.* }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRE.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA TOURETTE.
HARTMANN.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LEJARS.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENÉTRIER.
MÉRY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage de profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL DE REIMS

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Dr GINGEOT (Laënnec, 1896)

Dr BARIÉ (Laënnec, 1897)

Dr DU CASTEL (Saint-Louis, 1897)

Dr NETTER (Trousseau, 1898)

Dr PINARD (Clinique Baudelocque, 1898)

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, un assez grand nombre d'auteurs se sont occupés de la môle vésiculaire ; les histologistes en particulier ont dirigé leurs études vers cette curieuse production ; et, bien que le microscope n'ait pas encore complètement résolu le problème, les enseignements qu'il a fournis présentent un intérêt majeur. Ces recherches, nous nous sommes borné à les mettre au point, à les résumer avec le plus de méthode et de clarté possible, et surtout à en tirer, dans toute leur rigueur, les déductions qu'elles comportent pour le praticien.

C'est en effet la partie pratique de la question que nous avons voulu développer ; les travaux les plus récents se bornent, au point de vue clinique, à reproduire la symptomatologie décrite par les anciens auteurs : or elle présente, à côté de sérieuses lacunes, de graves erreurs. Nous nous sommes longuement étendu sur ce chapitre, auquel nous avons voulu rendre son importance prépondérante, sur la marche de l'affection et sur ses complications. Cette étude nous a amené à modifier les conclusions trop timides jusqu'ici formulées, à nous montrer

beaucoup plus pessimiste dans le pronostic, beaucoup plus absolu dans le traitement.

Nous devons le sujet et les idées de cette thèse à M. le Professeur Pinard, qui nous a fait en outre l'honneur d'en accepter la présidence. Nous lui devons bien plus encore : pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service, il nous a prodigué ses conseils bienveillants et ses ènseignements si clairs, si précis et si pratiques. Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive et sincère reconnaissance, de notre respectueux dévouement.

CHAPITRE I

DESCRIPTION — VARIÉTÉS

La môle vésiculaire, encore appelée môle hydatiforme, kystique, môle en grappe, est une production rare. Madame Boivin en a observé un seul cas sur plus de 20.000 accouchements. D'autre part, Engel en a vu cinq cas sur 4.000 accouchements. Nous n'en avons trouvé que deux dans les registres de la Clinique Baudelocque, sur un total de 16.000 observations recueillies soigneusement depuis 1889.

Description. — L'aspect macroscopique de la môle est caractéristique : dès qu'on a lavé la tumeur pour la débarrasser des caillots qui l'enveloppent, elle apparait avec sa forme de grappe de groseilles blanches, de frai de grenouilles, selon les comparaisons si justes de Portal. Pour en avoir une description plus complète, laissons parler Ancelet.

« La pièce qui est mise sous mes yeux se présente sous la forme d'une membrane irrégulièrement circulaire, à bords déchirés, de 25 à 30 centimètres de diamètre au moins, épaisse de quelques millimètres et de consistance fibreuse.

« L'une de ses faces, rouge, d'apparence réticulée, présente des prolongements membraneux et filamenteux et rappelle exactement l'aspect d'une muqueuse détachée des parties auxquelles elle était adhérente.

« L'autre face, qui attire plus particulièrement l'attention, est tout entière recouverte d'une multitude de kystes d'un blanc légèrement rosé, à demi transparents, un peu opalins, dont le volume varie à l'infini, de celui d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de pigeon. Ils sont divisés en plusieurs couches, de telle sorte que les plus volumineux sont les plus superficiels. L'ensemble rappelle assez bien l'aspect d'une grappe de raisin ; mais un examen plus approfondi va nous montrer que ce n'est là qu'une simple apparence.

« Disons tout de suite, pour n'y plus revenir, que des caillots sanguins couvrent cette face à certains points et pénètrent même dans les interstices ; mais ils n'ont contracté avec elle aucune adhérence et peuvent être facilement enlevés.

« Les kystes sont uniloculaires, non cloisonnés ; ils sont remplis d'un liquide de couleur citrine, transparent, filant ; il est identique dans chaque vésicule et ne présente pas, dans le voisinage des caillots, la teinte plus ou moins rosée que l'on a constatée dans certains cas.

« Ces kystes sont sphéroïdaux ; les parois sont constituées par deux membranes minces, à peu près d'égale épaisseur, contiguës, adhérentes l'une à l'autre et néanmoins facilement séparables, surtout dans les kystes les plus développés. La face adhérente de chacune d'elles est filamenteuse ; la face externe de la membrane externe, la face interne de la membrane interne sont lisses, onctueuses, et à l'œil nu, elles offrent toutes deux le même aspect. La surface extérieure de quelques-uns de ces kystes présente un, deux, trois kystes plus petits,

mais il y a entre eux simple juxtaposition de leur membrane interne. En effet, en agissant avec précaution, on peut les enlever dans leur intégrité et l'on constate que la tunique externe se continue avec celle de la vésicule la plus considérable, tandis que l'interne est contiguë à la couche correspondante, à laquelle elle adhère plus ou moins intimement dans une étendue plus ou moins considérable. Aussi souvent que je renouvelle cette expérience, je constate la même disposition et jamais une communication réelle entre plusieurs kystes, quel que soit le degré de leur développement réciproque.

« La disposition est la même dans les vésicules plus développées qui, comme je l'ai dit, étaient plus superficielles. Elle adhéraient à une vésicule plus profonde et cette adhérence se présentait sous trois formes, qui étaient évidemment de simples modifications, un degré plus ou moins avancé du mode d'adhérence ci-dessus indiqué ; tantôt il y avait seulement adhérence, en un point, de deux sphères contiguës ; tantôt ce point de contact s'était allongé et formait ainsi un pédicule plein plus ou moins étendu ; tantôt enfin le pédicule était conique, creux, en communication directe avec la vésicule à laquelle il appartenait ; c'est-à-dire en somme que cette vésicule était piriforme ; mais il était aussi oblitéré à sa partie supérieure et il était ainsi impossible de faire refluer le liquide d'une vésicule dans l'autre.

« Outre ce pédicule principal, des différents points de la périphérie du kyste partaient des filaments très déliés, très ténus, qui suivaient diverses directions, s'enchevêtraient quelquefois les uns dans les autres et allaient se rendre soit à la vésicule supérieure, soit à un groupe de vésicules en rappelant la disposition des cordages qui unissent un ballon à sa nacelle. La plus légère traction, le moindre attouchement même détruisaient ces adhérences et détachaient les kystes les plus développés.

« Envisageant cet amas de vésicules d'une manière générale, en tenant compte du fait dominant, on pouvait distinguer dans cet enchevêtrement trois couches, assez mal délimitées, il est vrai : l'une, plus superficielle, composée en majorité de vésicules

très développées, moins nombreuses, facilement séparables; la plus profonde d'un nombre infini de vésicules plus petites, très adhérentes; et enfin une couche intermédiaire par sa position et le développement des individus qui la constituaient.

« La dernière couche couvrait en totalité la membrane kystifère. En écartant ces derniers kystes, on constatait dans les interstices une surface absolument semblable à celle des kystes eux-mêmes, sans ligne de démarcation.

« Il n'y avait absolument rien qui rappelât la forme d'une tige centrale, d'un pédoncule commun autour duquel les vésicules eussent été groupées. « En réalité, elles n'étaient point racemosæ; elles étaient pendulæ.

« Aucune trace d'embryon ou de parties d'embryon. »

Il nous suffira d'ajouter à cette description quelques petits détails : les pédicules qui réunissent les vésicules au chorion sont dits pédicules d'implantation; leur longueur est souvent de 1 à 2 centimètres, leur épaisseur de 3 à 4 millimètres. Ceux qui réunissent les vésicules les unes aux autres, ou pédicules de suspension ont une longueur de 1 à 2 millimètres, et une épaisseur de 1 millimètre. Ils laissent quelquefois refluer le liquide d'une vésicule dans l'autre. Ce liquide contient de l'albumine, de la mucine, des sels. Les vésicules sont parfois rosées, grâce à l'imbibition de la paroi par l'hématine des caillots. Leur nombre est considérable et Portal (de Palerme) a eu la patience d'en compter 6070. Il varie naturellement avec le poids de la môle. Il en est de petites qui pèsent 300 gr. On en a signalé, qui pesaient 8 kgs. La moyenne de nos observations est de 1700 gr.

Variétés. — Dubois et Désormeaux divisent les môles en trois classes :

1° Môle pleine ou en masse ;

2° Môle creuse ;

3° Môle embryonnée.

L'observation d'Ancelet est un type de *môle pleine* ; on n'y trouve pas trace d'embryon, de cordon, ni de cavité amniotique.

Dans la *môle creuse* au contraire, on trouve une poche amniotique perdue au milieu des vésicules ; elle contient du liquide gélatineux, lactescent, quelquefois aussi un petit débris de cordon, mais pas d'embryon. Ces observations sont rares ; car il est difficile de distinguer cette poche d'une grosse vésicule et de plus elle risque fort d'être rompue pendant l'expulsion. Mme Boivin en cite un exemple ; nous n'en avons pas trouvé d'autre : « Multipare de 24 ans qui rendit, 1 mois après la suppression des règles, une masse hydatoïde assez volumineuse. La membrane amnios était intacte, pleine de fluide ; on n'y trouvait ni embryon, ni cordon ombilical. »

Dans la *môle embryonnée*, on constate tous les éléments de l'œuf. La caduque forme une véritable enveloppe et ce n'est qu'après l'avoir incisée qu'il s'écoule du liquide et que les vésicules apparaissent. Au centre des vésicules, on trouve l'amnios renfermant un embryon ou un fœtus et du liquide amniotique. Telle est l'observation du Dr Rœser :

« L'orifice utérin était obstrué par une masse molle et friable. Au bout d'environ 10 heures de travail, le fœtus

arriva après avoir traversé cette masse. Il ne remuait plus et mesurait 29 à 30 centimètres.

« Des tractions légères sur le cordon amenèrent une masse considérable, composée d'un placenta petit, exsangue et d'une quantité considérable de vésicules. Le placenta était accompagné d'une poche membraneuse ouverte, représentant manifestement l'œuf dans lequel s'était développé l'enfant et c'est à la surface extérieure de la coque que se trouvait le paquet volumineux. »

L'observation de Leray est analogue :

« Masse hydatique composée d'un grand nombre de vésicules, fixées à l'extérieur d'un sac membraneux qui contenait des débris de fœtus. Œuf de 7 à 8 pouces de diamètre. On ne distinguait de l'embryon que le foie, le cœur et l'aorte. »

Ce sont là des cas types de môles embryonnées, avec poche amniotique complètement entourée de vésicules. Ils sont rares : nous n'en trouvons que 5 sur 130 observations (Rœser, Laroche, Leray, Liégeois, Koffer). Mais à côté d'eux, il faut placer les cas désignés par Virchow sous le nom de *myxomes partiels*, caractérisés par une dégénérescence incomplète et plus ou moins étendue du placenta. Nous en trouvons trois cas dans nos observations, l'un de Schuhl, l'autre d'Axenfeld (Th. Louvet-Lamarre) : « Fœtus de 15 à 18 centimètres, macéré, appendu par un cordon mou, aplati, à une masse placentaire grosse comme deux poings d'adultes. Face fœtale lisse, face utérine rendue inégale par le grand nombre de petits kystes qui viennent y faire saillie. La coupe présente un grand nombre de petits kystes de la grosseur

d'une noix. » Dans le 3ᵉ cas, observé par M. le Professeur Pinard, à Lariboisière (1886, p. 230), la femme expulsa à 7 mois un fœtus de 1250 grammes qui présentait un spina-bifida et de l'hydrocéphalie. Il faut ajouter un cas de Franqué (Th. Bellin, obs. V) où la môle se serait formée aux dépens du chorion lœve, et où les villosités placentaires se seraient développées normalement : cas douteux qui nous paraît être plutôt une de ces grossesses gémellaires dont nous allons donner quelques exemples. Citons aussi comme curiosité le cas de Otto Heinrich (Th. Greiffswalder) : grossesse tubaire transformée en môle vésiculaire embryonnée.

Parfois la dégénérescence est assez limitée pour permettre au fœtus de se développer, et de naître vivant, généralement en état de faiblesse congénitale, mais quelquefois pourtant à terme ou près du terme et bien portant. Sans parler de Béclard, né dans ces conditions, nous avons eu l'occasion de voir à la clinique Baudelocque, un certain nombre de ces cas, où la grossesse ne fut pas troublée et où la dégénérescence, très limitée, ne fut constatée qu'à l'expulsion du placenta.

Il ne faut pas confondre ces cas de môles embryonnées, où le fœtus appartient à l'œuf dégénéré, avec ceux où l'on constate, à côté d'une môle vésiculaire, un fœtus appartenant à un œuf normal. Il s'agit alors d'une *grossesse gémellaire*, dont un œuf seul a subi la dégénérescence. Nous en trouvons 3 observations sur 130. Elles diffèrent au point de vue de l'évolution de la grossesse.

Dans un cas de Delaire, une femme, au terme de 4 mois et demi, expulse successivement une môle de

1000 grammes, un fœtus de 350 grammes, bien conformé, qui donne des signes de vie manifestes, et en dernier lieu un placenta de 200 grammes, normal, avec ses membranes et son cordon sains.

L'observation de Berton est analogue.

Au contraire, dans un cas de Thuillier, une femme expulse des hydatides depuis le 5e mois jusqu'à la fin du 9e et elle met au monde un garçon à terme et bien portant. Le placenta et les membranes sont normaux.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La môle vésiculaire, par son aspect si curieux, ne pouvait manquer de frapper l'imagination des auteurs anciens, ces observateurs remarquables. En effet, nous la retrouvons nettement dans leurs écrits, au milieu des productions diverses qu'ils confondaient sous le nom de môles : polypes, fibromyomes, débris placentaires, etc.; en un mot toutes les masses qui, développées dans l'intérieur de l'utérus, en sont ensuite expulsées.

Hippocrate la signale explicitement et en fait un produit de conception : « Quand les menstrues étant abondantes reçoivent une semence peu copieuse et morbide, il n'y a pas conception régulière. Le ventre paraît plein comme chez une femme enceinte, mais rien n'y remue. Il ne se forme pas de lait dans les mamelles, qui sont cependant turgescentes. Cet état dure deux ans, quelquefois même trois... S'il y a plusieurs chairs, un sang

abondant et plein de caroncules fait éruption par les parties génitales. »

Même opinion chez Galien. Après avoir montré la ressemblance macroscopique de la môle avec les œufs des oiseaux, il ajoute : « Jamais on n'a vu une femme concevoir une môle sans le concours de l'homme. »

On retrouve la môle vésiculaire chez Aristote, chez Aétius, chez Paul d'Egine.

Avicenne indique deux causes : « quarum una est multitudo materierum effusorum cum vehementia caliditatis, et secunda est coitus in quo matrix comprehendit aquam mulieris et extendit eam cum nutrimento et propter defectum virtutis masculinitatis, non concipit. »

C'est donc encore, pour cet auteur, un produit de conception.

Même opinion chez Ambroise Paré : « Elle s'engendre en l'utérus en outre des deux semences de l'homme et de la femme par le moyen de l'esprit génératif. »

Mauriceau cite deux observations et fait de cette production : « le résultat du coït et des semences corrompues de l'homme et de la femme ». Il montre encore « que la môle provient toujours du faux germe et que tous les prétendus faux germes ont été de vrais germes dans les premiers jours de la conception ».

Portal publie dans une observation une description exacte et très imagée, accompagnée d'ailleurs d'une figure très démonstrative.

A cette même époque, pourtant, de Graaf se refuse à voir dans la môle un produit de conception et regarde

les vésicules comme des œufs non fécondés. Littre les compare aux œufs de Naboth et leur attribue la même origine ; Simellie les explique par l'hypertrophie des glandes utérines.

Néanmoins, la plupart des auteurs continuent à considérer la môle comme un produit de conception dégénéré ; mais ils ne se contentent plus des explications primitives qui suffisaient à leurs prédécesseurs ; ils veulent établir une pathogénie scientifique et adoptent une des trois théories suivantes :

1° Dilatation anormale des glandes du placenta (Malpighi, Boerhave).

2° Dilatation anormale des vaisseaux sanguins placentaires (Bartholin, Ruysch, Albinus, Haller, Muller).

3° Dilatation anormale des lymphatiques placentaires (Fabricius, Vallisnieri, Sœmmering).

C'est alors qu'apparait une opinion tout à fait différente, qui vient bouleverser les idées acquises. Les recherches de Redi, Thyson, Hartman, avaient établi l'existence d'un parasite auquel Pallas (1760), donne le nom de *tœnia hydatigena*. Linné, Daubenton, Bloch, Goëze (1782), reprennent cette étude et la complètent. Dans un mémoire paru en 1811, mais écrit en 1789, Percy attribue la môle hydatique à ce parasite. Il a constaté, dit-il, des mouvements bien nets de ces vésicules ; elles se sont agitées dans sa main. Il a pu les conserver vivantes pendant plusieurs jours en les tenant dans des linges humides ; mais elles meurent rapidement après leur sortie de l'eau. Dans sa 3e observation, il n'a pu constater leurs mouvements, car elles étaient mortes depuis longtemps

et décomposées, ce qui expliquait un flux ichoreux présenté par la malade. « La matrice est exposée à ces vers plus qu'aucune partie. Il s'en échappe quelquefois de l'utérus dans les accouchements les plus naturels, ou bien c'est le placenta qui en est parsemé. » Ils existent fréquemment chez les animaux ; il est très ordinaire d'en rencontrer chez les filles et les femmes non enceintes, et Percy raconte l'histoire d'une chanoinesse à laquelle pareille mésaventure arriva. Il lui rendit l'estime du monde en affirmant « qu'une fille peut être atteinte de cette maladie sans avoir forfait à son honneur ».

Cette opinion, acceptée sans conteste par Laënnec, Cloquet, Bremser, Gluge, est partagée par la majorité des médecins.

Cependant, les objections ne tardent pas à s'élever ; des auteurs reviennent à l'idée ancienne d'une altération de l'œuf, d'une dégénérescence d'un produit de conception. Velpeau (1827) et Désormeaux placent le point de départ de la môle vésiculare dans le velouté chorial, dans les villosités anormalement dilatées.

La même année, Mme Boivin soutient que cette tumeur n'est pas autre chose que le produit d'un commerce sexuel et le résultat d'une dégénérescence ou le développement anormal des annexes de l'embryon.

C'est vers 1840 que le microscope est introduit dans les études anatomiques. Nous sommes arrivés à la période contemporaine et nous allons voir que le problème n'est pas encore entièrement résolu.

CHAPITRE III

HISTOLOGIE

Histologiquement, les vésicules reproduisent les villosités choriales, modifiées dans leur structure. *La villosité normale* se compose (Ouvry) :

1° D'un *stroma* de tissu conjonctif muqueux que pénètrent les capillaires des vaisseaux ombilicaux ;

2° D'un *revêtement épithélial* formé de deux couches ;

a) la *couche de Langhans*, en rapport avec le stroma qu'elle enveloppe d'une assise de cellules cubiques et cylindriques ;

b) Le *syncitium* ou *plasmodium*, inégalement réparti, formé d'amas protoplasmiques, qui, remplis de noyaux nombreux, rappellent des cellules géantes. Cette couche dérive de l'ectoderme fœtal (M. Duval).

Voyons maintenant ce que deviennent chacune de ces parties dans les vésicules :

1° Le *stroma* offre l'aspect d'un tissu cellulaire extrê-

mement lâche formé de fibrilles très fines, avec, çà et là, des cellules étoilées qui diminuent de nombre à mesure qu'on se rapproche du centre de la villosité. Dans les petites vésicules, on trouve aussi des cellules plus volumineuses qui ressemblent à celles de la couche de Langhans. Ces mêmes vésicules sont entièrement remplies par le stroma. Au contraire, le centre des grandes est occupé par une substance homogène, sans noyau, qui n'est que du liquide coagulé. Pas de capillaires sanguins.

Marchand fait remarquer que les cellules étoilées sont séparées par une substance d'autant plus épaisse que la villosité est plus grosse ; la prolifération cellulaire n'est donc pas très riche et ce n'est pas là le caractère de villosités myxomateuses et proliférantes ;

2° Les cellules de la *couche de Langhans* sont très modifiées dans leur forme et dans leur disposition.

Elles se présentent sous l'aspect de cellules rondes assez volumineuses, généralement groupées et séparées par un tissu fibrillaire à mailles très fines. Sur les petites vésicules, elles forment une couche régulière à plusieurs assises ; sur les grandes, elles ne forment qu'une seule assise, recouverte en dehors par le syncitium. Elles manquent même parfois sur une certaine longueur.

3° Le *syncitium* forme une bordure presque toujours complète constituée par une couche protoplasmique à petits noyaux arrondis ou ovalaires. Il recouvre la couche prècédente, sauf en certains points où il est directement en rapport avec le stroma. Il peut présenter des perforations par lesquelles les masses cellulaires de la couche de Langhans prolifèrent au dehors.

De la paroi des grandes vésicules s'échappent trois sortes de bourgeons : les uns sont de petites massues entièrement syncitiales ; d'autres représentent de petites vésicules-filles dont le stroma se continue avec celui de la vésicule-mère et qui ont un revêtement semblable ; les troisièmes sont recouverts d'un épithélium syncitial et remplis complètement par des cellules de Langhans, dont quelques-unes prennent un développement considérable.

Enfin, en dehors des vésicules, il existe des amas plus ou moins arrondis de cellules de Langhans qui semblent ne plus avoir de rapport avec elles.

Tels sont les caractères histologiques. Ils ont été diversement interprétés par les différents auteurs. A peu près à la même époque, Robin en France et Virchow en Allemagne les avaient constatés.

Robin, dans la thèse de son élève Cayla (1849), localise le point de départ des lésions dans le stroma et fait de la môle un œdème, une sorte d'*hydropisie des villosités*.

Virchow (1851), et avec lui Ranvier, Cornil, fait partir la lésion du même endroit, mais soutient que l'altération cystique est due à l'hypertrophie du tissu muqueux et en fait le type du *myxome*.

Dès 1847, il est vrai, H. Muller (Th. Wurzburg) avait déjà attribué la môle au revêtement épithélial des villosités. Mais la théorie du myxome fut généralement acceptée. Pourtant en 1857, dans un mémoire à l'académie royale de Belgique, Hubert (de Louvain) est obligé de s'élever contre les idées de Percy, encore en faveur près d'un grand nombre de médecins.

En 1876, Ancelet revient à une idée ancienne et place le point de départ de la maladie dans la caduque. Cette opinion, basée sur une observation incomplète, est réfutée par Duchamp dans sa thèse d'agrégation (1880).

Depuis cette époque, l'étude microscopique de la môle vésiculaire a été reprise par plusieurs auteurs qui ont insisté sur les altérations du revêtement épithélial.

Pour Ercolani, c'est l'épithélium qui prolifère et engendre les vésicules.

Rummler n'admet pas le myxome et se base sur ce fait que c'est dans les grosses vésicules qu'on trouve le moins de mucine.

Fraenkel admet le myxome comme une altération essentielle. Mais il attire l'attention sur les proliférations cellulaires qui se développent hors des villosités et qui sont douées d'une vitalité remarquable.

Franqué (1896) place aussi le début de l'affection dans le stroma. Mais la couche de Langhans, par une anomalie de sécrétion, fournirait la majeure partie de la mucine. La prolifération du revêtement épithélial serait secondaire.

Quand à Marchand, il rejette franchement le terme de myxome; pour lui, la modification la plus importante est celle des éléments épithéliaux : ils se distinguent de bonne heure par une aptitude anormale de prolifération, qui leur donne une signification de tumeur maligne. La môle vésiculaire est une *tumeur épithéliale.*

Enfin Ouvry, qui a contrôlé ces recherches, insiste aussi sur la prolifération des couches de revêtement :

« elle ne serait pas aussi active dans tous les cas de môle; elle est surtout moins étendue dans les portions prises au cœur même de la môle ; mais toujours elle est très marquée dans les parties en rapport avec la paroi utérine ».

On le voit, ces éléments épithéliaux proliférés, qu'ils soient primitifs ou seulement secondaires, attirent aujourd'hui l'attention. Ils peuvent en effet se comporter comme des néoplasies malignes et nous allons les retrouver en étudiant les faits d'envahissement de l'organisme par la tumeur.

CHAPITRE IV

MARCHE ENVAHISSANTE DE LA MÔLE VÉSICULAIRE

L'histologie vient de nous révéler la tendance envahissante de la môle vésiculaire ; c'est une tumeur maligne. Comment va-t-elle se comporter à l'égard de l'organe qui la contient, et de l'organisme tout entier ?

C'est à la muqueuse utérine qu'est dévolu le rôle de s'opposer à la marche du néoplasme. L'étude de cette muqueuse n'est pas possible dans tous les cas : le plus souvent en effet la môle est expulsée par fragments, soit spontanément, soit à la suite d'un curettage et la caduque n'est obtenue qu'à l'état de lambeaux isolés dont l'examen histologique ne peut guère donner de renseignements utiles sur l'état de la muqueuse dans son ensemble.

Cette étude a pu être faite sur des môles expulsées en bloc et mieux encore, à la suite d'autopsie, sur des coupes comprenant à la fois le muscle, la caduque et la tumeur.

Elle est exposée dans la thèse d'Ouvry et nous allons la résumer.

Un œuf tombe dans la cavité utérine. Si la dégénérescence vésiculaire est précoce et généralisée, les villosités poussent des prolongements dans tous les sens et entrent en relation avec la muqueuse utérine toute entière ; celle-ci forme d'emblée une caduque unique, qui correspond à la sérontie. On ne remarque pas d'insertion placentaire, ni du côté de l'utérus, ni sur la môle (Bloch Hohl).

On ne trouve pas de cavité amniotique, bien que sa recherche soit plus facile dans ce cas, que dans les môles volumineuses ; on en pourrait conclure que l'embryon ne s'y est jamais développé.

Si la dégénérescence est plus tardive, la muqueuse utérine a le temps d'envelopper l'œuf d'une caduque vraie et d'une caduque réfléchie. Cette fois on trouve une insertion placentaire.

Hypertrophie de la caduque. — Quoi qu'il en soit, si la môle est expulsée avant d'avoir pris un développement marqué, de la 4e à la 8e semaine, on constate les caractères suivants.

Le corps, rejeté en un seul bloc, se présente comme une masse charnue de la grosseur d'un d'œuf à celle d'une orange. C'est un sac dont les parois mesurent souvent de 1 à 2 centimètres d'épaisseur et qui renferme les vésicules.

Ce sac est formé par la muqueuse utérine, qui s'est hypertrophiée ; cette hypertrophie, niée par Martin, est affirmée par Virchow, qui en tire une théorie pathogénique, par Hecker et Hegar, Bloch et Hohl.

La paroi présente la même épaisseur dans toute son étendue. Dans ce cas, la sérotine est intacte. On y distingue, de dedans en dehors, trois couches (Marchand) :

1° Une couche fibrineuse stratifiée. épaisse de 1 à 3 dixièmes de millimètre.

2° Une couche compacte, formée de cellules déciduales et parcourue de capillaires. épaisse de 2 à 3 dixièmes de millimètre.

3° Une couche spongieuse formée de cavités glandulaires élargies.

On le voit, non seulement la muqueuse s'est épaissie, mais, pour mieux résister à l'envahissement néoplasique, elle s'est renforcée d'une couche fibrineuse.

« Presque partout la couche fibrineuse est tapissée par des masses cellulaires formant une couche assez épaisse. visible à la loupe. Ces masses remplissent l'espace compris entre les villosités voisines et la couche fibrineuse; elles proviennent soit de la prolifération du syncitium. soit des cellules de Langhans. » (Ouvry). Elles établissent des adhérences entre les villosités et la couche fibrineuse.

Envahissement de la caduque. — Cette couche fibrineuse protège la couche compacte contre l'envahissement. Mais il arrive un moment où elle n'est plus seulement tapissée par les amas cellulaires; elle se laisse pénétrer et perforer par eux. On voit alors des trainées de cellules s'avancer dans la couche compacte. Dès lors la paroi du sac cesse de présenter une épaisseur partout égale : tandis que généralement elle ne se modifie pas au

pôle inférieur, dans le reste de son étendue elle offre des points moins résistants et plus minces.

Dans ces endroits en effet, les cellules déciduales sont refoulées et finissent par être détruites. Les cellules néoplasiques « arrivent au contact des vaisseaux dont la tunique adventice est envahie ; l'endothélium en est soulevé, traversé, et la lumière du vaisseau est remplie par ces masses cellulaires ; l'ouverture des vaisseaux fait comprendre les hémorrhagies. » (Ouvry)

Mais pendant que se fait cet amincissement de la caduque par destruction, par « *ulcération épithéliale* » suivant l'expression de Marchand, la môle grossit et la caduque s'amincit encore par *distension*. Néanmoins elle peut rester complète, même sur des môles très volumineuses. Dans un cas de Lamœstre l'utérus présentait le même développement qu'au terme de 8 mois ; il contenait une môle libre, « tout entière entourée par une lame très mince, cellulo-séreuse et transparente. » Dans les faits de ce genre, la caduque n'est pas encore traversée entièrement par les traînées cellulaires ; d'ailleurs cette prolifération n'a pas la même activité dans tous les cas, et l'on ne peut tirer un pronostic du volume de la tumeur ; car des môles volumineuses présentent une enveloppe déciduale complète, tandis que d'autres, beaucoup plus petites sont de bonne heure destructives. « Mais il faut se souvenir que si la prolifération n'a pas toujours la même intensité, elle ne manque jamais, et que la môle la moins maligne peut devenir envahissante après un séjour plus prolongé dans la cavité utérine » (Ouvry).

Envahissement du muscle. — Lorsque les éléments

cellulaires ont détruit la caduque, ils pénètrent dans le muscle et s'avancent entre les faisceaux, qui dégénèrent. La paroi utérine s'amincit; en même temps, poussées par l'accroissement constant de la tumeur, les vésicules suivent la voie qui leur est tracée.

Elles s'insinuent entre la paroi musculaire et la caduque (Marchand Wilton), elles s'implantent dans le muscle, dissocient ses fibres, s'y creusent des alvéoles (Pelvet), lui donnent l'aspect de la surface interne du cœur (Jarotzky). Tous les degrés d'amincissement de la paroi ont été observés. Dans le cas de Volkmann, les vésicules arrivent immédiatement sous le péritoine, malgré l'hypertrophie considérable du muscle. Dans celui de Wilton, le péritoine est perforé et l'abdomen rempli de sang liquide et de caillots.

L'envahissement du muscle peut se faire en des endroits divers : dans le cas de Volkmann, il portait sur le fond ; « la môle ne siégeait pas dans la cavité utérine, mais dans l'épaisseur de la paroi ; seule, une très petite portion s'avançait dans la cavité ». Le fond était transformé en une vaste loge limitée en haut par le péritoine, en bas par une membrane, probablement la caduque.

Dans les cas de Wilton et de Gérard Marchand (in Ouvry), l'envahissement s'était fait aussi au niveau du fond ; dans l'observation de Krieger, la tumeur était enchâssée dans la paroi antérieure ; dans celle de Champetier de Ribes (Ouvry), c'est la paroi postérieure qui était considérablement amincie. Dans celle de Jarotzky et Waldeyer, toute la paroi était envahie, sauf une bande de 10 centimètres de long, sur 2 centimètres de

large. Le fond ne mesurait plus qu'un millimètre d'épaisseur.

On comprend, avec de tels délabrements, les hémorragies épouvantables si souvent observées ; on conçoit aussi que, dans les cas extrêmes, la *perforation* soit imminente. Elle peut se produire spontanément, sous l'influence des contractions utérines (Wilton, Christopher Martin), ou à la suite de l'application d'un ballon (Champetier), d'un curettage. Nous en trouvons trois observations. Elle siégeait en des endroits différents : à la face postéro-inférieure (Champetier), supéro-postérieure (Wilton), supéro-antérieure (C. Martin).

Ainsi, aux deux processus d'ulcération épithéliale et de distension, est venu s'en ajouter un troisième, la *destruction mécanique* par les vésicules.

Si la perforation est rare, puisque nous ne la trouvons que 3 fois sur 171 observations, l'envahissement du muscle est déjà plus commun. Or, sauf dans les cas où la môle expulsée est contenue dans un sac membraneux complet, il est le plus souvent impossible d'affirmer l'intégrité de la paroi utérine. La constatation d'éléments cellulaires pénétrant dans le stroma même de la villosité (Neumann), indique bien le caractère malin de la môle. Il en est de même de la recherche du glycogène dans le revêtement des vésicules, la glycogénèse étant une fonction inhérente à toute cellule qui se développe ou se multiplie de façon exagérée (Brault). Mais seul le toucher intra-utérin peut donner des indications utiles, en constatant un amincissement de la paroi. Malheureusement, cette paroi peut être infiltrée déjà sans que le

changement d'épaisseur soit appréciable ; on est alors exposé, même après un curettage, à laisser dans le muscle des éléments néoplasiques. Or, la pénétration de la paroi utérine n'est pas la dernière étape de cette marche envahissante. La môle ne borne pas là ses ravages et nous allons voir qu'elle a tendance à envahir l'organisme tout entier par les veines.

Envahissement de l'organisme. — Cette pénétration des veines a été nettement constatée par Volkmann, qui écrit : « on pouvait voir avec certitude que les dernières expansions de la môle pénétraient dans l'intérieur des veines utérines dilatées. » et par Jarotzky et Waldeyer : « ces ramifications conduisaient finalement dans d'importants vaisseaux veineux que l'on pouvait suivre jusqu'aux bords latéraux de l'utérus. » On comprend qu'alors des éléments néoplasiques, petites vésicules ou masses cellulaires, puissent être entraînés par le courant sanguin et semés dans l'économie ; ils vont s'y greffer et donner naissance soit à des vésicules, soit à des foyers de déciduome.

a) *Vésicules.* — Apfelstedt et Aschoff ont observé chez une femme, pendant le cours d'une grossesse molaire, l'apparition d'une tumeur dans la grande lèvre gauche; trois mois après l'accouchement, l'incision de cette tumeur ouvrit une cavité paravaginale, sans connexion avec l'utérus, présentant les dimensions d'un œuf de poule, et remplie par des caillots et par une vingtaine de vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un noyau de cerise, réunies en grappe par des pédicules.

Dans l'observation de M. Champetier de Ribes,

M. Marie constata sur une coupe la présence d'une petite vésicule développée entre le muscle et le péritoine, en un endroit où la paroi ne présentait aucune trace d'infiltration.

b) *Déciduome.* — Les cas de déciduome malin sont plus fréquents. L'étude de cette affection date de quelques années seulement. Bellin la résume dans sa thèse (1896) et insiste sur les rapports du déciduome avec la môle.

« Cette tumeur est formée essentiellement par des masses plasmodiales, issues du syncitium, et accessoirement par des cellules claires, nées de la couche de Langhans, qui peuvent manquer. L'envahissement des tissus se fait toujours par les masses plasmodiales seules; les cellules claires ne s'avancent que plus tard dans les voies frayées par elles. Le plasmode est donc le véritable élément actif du néoplasme, l'élément malin par excellence. »

Cette tumeur provient par conséquent de l'élément épithélial du placenta, de l'ectoderme fœtal : c'est un *épithélioma ecto-placentaire* (Franqué, Durante). Elle peut naitre du syncitium en l'absence de toute môle vésiculaire; elle suppose alors nécessairement un accouchement ou un avortement antérieurs. Mais elle peut naitre aussi du syncitium des vésicules molaires, soit qu'il y ait eu rétention et greffe ultérieure de villosités dégénérées, soit que l'utérus ait été infiltré par des vésicules ou seulement des masses cellulaires. Durante note la préexistence d'une môle dans 1/3 des cas; Pestalozza la trouve 20 fois dans 38 observations. Franqué, sur 17 cas traités par l'hystérectomie, retrouve 10 fois la môle

dans les antécédents. On trouve en outre des observations de femmes mortes de tumeur utérine après avoir expulsé une môle, et, malgré l'absence d'examen histologique, on peut penser que ces tumeurs étaient des déciduomes.

L'âge ne parait jouer aucun rôle étiologique. Quant à l'époque d'apparition, elle varie ; on a vu la tumeur se développer pendant la grossesse ; souvent elle apparait dans un délai très court après l'accouchement, quelquefois seulement au bout d'un ou deux ans (Hartmann et Toupet. Freund). Elle est d'autant plus à craindre, que la durée de la grossesse molaire a été plus longue, son accroissement plus considérable et plus rapide. Mais nous avons vu que de petites môles se montrent de bonne heure très malignes.

Nous insisterons particulièrement sur la prédilection très marquée que le plasmode offre pour les vaisseaux sanguins. Ils sont toujours envahis les premiers ; le plasmode les entoure d'un manchon, détruit leur paroi, et arrive au contact du sang. Il se forme ainsi des lacs sanguins en plein néoplasme : d'où les hémorrhagies rapides, d'où aussi la précocité des métastases. La tumeur en effet se généralise très rapidement, en particulier au vagin et surtout au poumon, où les métastases sont si fréquentes (90 0/0), qu'elles constituent presque un symptôme.

On conçoit quel caractère de gravité imprime au pronostic de la môle vésiculaire la crainte d'une telle complication.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

La môle vésiculaire a pour point de départ un produit de conception. Personne n'en doute plus aujourd'hui. Mais quelles sont les causes de cette dégénérescence? Voilà ce que l'on sait moins bien. Les uns cherchent du côté de la mère, les autres du côté de l'œuf.

A. — Dans le 1er groupe, on a invoqué les causes suivantes :

1° *Age.* — Hirtzmann avance que l'âge avancé des femmes paraît avoir une grande influence. Mais après avoir exposé un relevé de 35 cas, il en conclut simplement que la femme adulte, celle qui a dépassé 25 ans, offre une plus grande prédisposition. Cette déduction n'a rien qui nous étonne. C'est évidemment à cet âge où la femme est en pleine période d'activité conceptionnelle, que l'on doit trouver le plus grand nombre de môles.

Notre statistique porte sur 106 cas, ainsi répartis :

Au-dessous de 20 ans.................	3 cas
De 20 à 25 ans.......................	23 —
De 25 à 30 —	25 —
De 30 à 35 —	21 —
De 35 à 40 —	15 —
De 40 à 45 —	9 —
De 45 à 49 —	10 —

C'est à 28 ans que nous trouvons le plus grand nombre de cas (10), puis à 32 ans (8), à 26 et à 36 ans (7), à 20 ans (6). En somme nous ne voyons dans cette répartition aucune raison d'affirmer l'influence prédisposante de l'âge avancé.

2° *Multiparité, gémelliparité, avortement.* — On accorde à la multiparité une influence prépondérante.

Nous n'arrivons pas à la même conclusion.

Nous avons réuni 79 cas de môles expulsées par des femmes qui n'ont jamais avorté. Ils se répartissent de la façon suivante :

Pas	d'accouchement	antérieur..............	12 cas
1	—	—	20 —
2	—	—	13 —
3	—	—	9 —
4	—	—	7 —
5	—	—	6 —
7	—	—	3 —
8	—	—	3 —
9	—	—	1 —
10	—	—	3 —
12	—	—	2 —

Si nous ajoutons à ce nombre les femmes qui ont présenté un ou plusieurs avortements, accompagnés ou non

de grossesses normales, nous arrivons au total de 103 cas ainsi répartis :

Pas de grossesse antérieure			12	cas
1	—	—	23	—
2	—	—	17	—
3	—	—	12	—
4	—	—	13	—
5	—	—	6	—
6	—	—	3	—
7	—	—	5	—
8	—	—	5	—
9	—	—	1	—
10	—	—	3	—
11	—	—	1	—
12	—	—	2	—

Pour conclure, il faudrait savoir quelles sont les proportions respectives de primipares et de multipares dans les grossesses normales; les multipares sont évidemment plus nombreuses.

En tous cas, la simple inspection des tableaux montre que les cas de môles sont loin d'être rares chez les primipares et les nullipares, et que l'influence des grossesses répétées n'est rien moins qu'évidente.

Nous en dirons autant des anomalies de fécondation (grossesse gémellaire) et de gestation (avortement).

Sur nos 103 cas, nous ne trouvons que 2 femmes ayant présenté chacune une grossesse gémellaire.

24 femmes ont avorté : 13 femmes 1 fois ; 6, 2 fois ; 4, 3 fois ; 1, 8 fois. Dans près des 4/5 de nos observations, nous n'avons pas trouvé d'avortement.

3° *Endométrite.* — Virchow fait remarquer que la

caduque offre des signes évidents d'endométrite, et qu'ainsi par un processus irritatif particulier, le développement des vaisseaux maternels pourrait prendre de bonne heure une extension inaccoutumée et toute la surface de l'œuf recevoir une impulsion plus forte au début. « Si la prolifération des villosités devient très active à un moment où l'embryon est très petit, chacune d'elles forme une véritable tumeur et prend le caractère parasitaire qui distingue toute tumeur. »

On expliquait par l'endométrite l'influence prétendue de la multiparité. Malheureusement les observations oublient souvent de nous renseigner sur ce sujet ; et d'ailleurs, si dans quelques cas on nous signale un passé génital, dans bien d'autres au contraire on insiste sur l'absence complète de semblables antécédents. Du reste la présence d'un fœtus normal avec ses annexes sains à côté d'une môle, dans le même utérus, va à l'encontre de cette théorie, et l'on peut renverser la proposition et dire que la môle est la cause et non l'effet de l'endométrite.

4° *L'albuminurie* signalée fréquemment dans la grossesse molaire, a été regardée comme la cause de cette dégénérescence ; elle n'en est aussi que l'effet. Ouvry l'attribue aux phénomènes de compression, c'est une erreur. Domont, dans une thèse (1898) inspirée par M. le Professeur Pinard, lui donne sa véritable interprétation : l'albuminurie n'est qu'un des symptômes de cette *auto-intoxication gravidique* que nous retrouverons si marquée dans la symptomatologie de la môle vésiculaire.

5° *Hérédité.* — Mme Boivin la signale dans un cas

(mère et fille). Nous ne l'avons retrouvée qu'une fois, dans une observation d'Ancelet (deux sœurs).

6° *Récidives.* — Mme Boivin croyait à l'influence d'une grossesse molaire sur les grossesses consécutives. Warmann a publié l'observation d'une femme qui eut trois grossesses molaires ; Fritsch celle d'une femme qui en eut quatre. Osborn, Depaul, Krieger en ont publié de semblables. Nous en trouvons deux dans nos observations : un cas de Henrot (in Domond, six grossesses molaires), un autre de Schuhl (id. deux grossesses molaires).

Mais à côté de ces cas, bien des femmes ont présenté des grossesses absolument normales après avoir expulsé des môles.

7° On a encore signalé des causes diverses, le lymphatisme, la convalescence, les mauvaises conditions hygiéniques, les maladies aiguës ou chroniques, les diathèses, les grandes émotions : causes partout invoquées, et sur lesquelles nous insisterons d'autant moins que les observations sont le plus souvent fort incomplètes à cet égard.

B. — Les auteurs du deuxième groupe ont cherché du côté de l'œuf et donné des explications diverses.

1° *L'absence primitive de l'allantoïde* a été incriminée par Hecker : opinion insoutenable puisque le myxome se développe aux dépens de l'allantoïde.

2° La *mort de l'embryon*, selon Ruysch, Scanzoni, Grealy Hewitt, serait la cause de l'altération des villosités. Mais que dire alors des placentas vésiculeux accompagnés d'un fœtus vivant et pourquoi n'observe-t-on pas

plus souvent la môle dans les cas où le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine ?

3° Ouvry admet aussi une altération primitive de l'œuf. Mais selon lui, c'est l'étude de la *tératologie* qui va nous expliquer ce problème. Il rappelle que sous l'influence de certaines causes agissant sur l'œuf dans les premiers stades de son développement, les phénomènes d'évolution peuvent prendre une direction différente ; on assiste alors à des arrêts de développement ou à la formation de monstruosités.

MM. Dareste et Féré ont vu des œufs de poule où le blastoderme s'est développé sans production d'embryon.

On a fait les mêmes observations chez les mammifères, sur l'œuf humain même (Reïchert, Kolliker, Dareste.) « La couche externe du blastoderme peut donner naissance, comme il le fait normalement, à des villosités choriales; on voit même ces villosités prendre un développement de plus en plus considérable et se modifier dans leur constitution. » (Mat. Duval). Si l'embryon existe, il ne tarde pas à périr et subit une résorption complète. Ainsi s'expliqueraient les môles pleines et creuses.

Dareste a obtenu dans l'œuf de l'oiseau une prolifération inégale des cellules du blastoderme en répartissant inégalement la chaleur incubatrice; des modifications analogues expliqueraient chez la femme les môles partielles. Mais tandis que chez l'oiseau, il faut agir dans les 2 ou 3 premiers jours du développement, cette période s'étendrait dans l'espèce humaine jusqu'au deuxième mois de la conception.

Comme causes, on peut invoquer une influence

mécanique, comme le traumatisme souvent signalé dans les observations, une influence microbienne ou toxique, affection spécifique, dyscrasique ou infectieuse de la mère. Ouvry insiste sur la maladie kystique des ovaires, qu'on rencontre fréquemment dans les autopsies de femmes mortes de môle; nous l'avons trouvée 8 fois sur 15 cas où l'examen a pu être fait.

L'action de la cellule génératrice mâle pourrait aussi se faire sentir; on a observé des anomalies de l'œuf à la suite d'injections de toxines faites au mâle seul. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation où l'on s'occupe du père; mais elle ne vient pas à l'appui de cette hypothèse : une femme présente deux grossesses molaires à la suite de rapports avec le même homme; elle le rend responsable et en épouse un autre, dont elle eût plus tard une nouvelle grossesse molaire.

Ce chapitre, ont le voit, constitue encore un beau champ de recherches. Pour le résumer, nous nous bornerons à rappeler qu'en somme, la môle n'est qu'une tumeur, myxome ou épithéliome; si cette dégénérescence est généralisée et précoce, le fœtus meurt rapidement et disparait par résorption ; si l'altération est moins ancienne ou moins rapide, il persiste, dans un état de développement plus ou moins avancé et plus ou moins modifié. Enfin si l'altération se localise, le fœtus peut se développer et naitre vivant. Dans une grossesse gémellaire, l'altération peut porter sur un seul œuf.

Quant à l'étiologie de cette tumeur, elle est encore fort obscure, comme d'ailleurs celle de toutes les autres tumeurs.

CHAPITRE VI

ÉTUDE CLINIQUE.

La dégénérescence vésiculaire partielle de l'œuf évolue le plus souvent sans troubles bien particuliers ; aussi ne se révèle-t-elle généralement qu'au moment de l'expulsion : c'est ainsi que, dans une observation de Mlle Laroche, une femme accouche au terme de 7 mois d'un fœtus et d'une môle, sans avoir présenté d'autre phénomène qu'un développement plus considérable du ventre, ce qui avait fait croire à une grossesse gémellaire. Mais ce ne sont pas là les cas qui nous intéressent.

Les môles vraies peuvent aussi présenter un minimum de symptômes. Dans une observation de Pajot (th. Cayla), l'expulsion se fait à la fin du 9e mois et l'on n'a constaté aucun accident notable pendant 8 mois 1/2. Mais ces observations sont exceptionnelles et dans l'immense majorité des cas, la môle offre des symptômes. Le seul qui soit pathognomonique, l'expulsion des vésicules, fait pour

ainsi dire toujours défaut pendant l'évolution du parasite et n'apparait qu'au moment où l'utérus s'en débarrasse. Les autres ne sont pour la plupart que des signes de grossesse, mais exagérés, mais pervertis et pathologiques comme la conception qui leur donne naissance.

Début. — La grossesse vésiculaire comme toutes les grossesses normales ou anormales, débute par *la suppression des règles*. On cite, il est vrai, quelques observations où la menstruation a persisté ; mais si on les étudie de plus près, on voit qu'il s'agit seulement de pertes sanguines, auxquelles il manque toujours quelque caractère pour mériter le nom de règles. Buscarlet écrit dans son observation : « les règles n'ont jamais cessé » ; mais il ajoute aussitôt : « au contraire, depuis un mois, métrorrhagies répétées. » Dans un cas de Hamon, la femme a été réglée, mais deux fois en quinze jours, et n'a plus cessé de perdre du sang. Dans l'observation IX d'Ouvry, des pertes se reproduisent périodiquement pendant 4 mois, mais moins fortes et moins prolongées que les règles habituelles ; dans l'observation X du même auteur : « la menstruation n'avait pas été interrompue, mais les règles étaient plus abondantes et le sang était pâle. »

A ce point de vue donc, la grossesse vésiculaire se comporte comme la grossesse utérine normale et la grossesse extra-utérine, au sujet desquelles nous avons entendu bien des fois M. le Professeur Pinard répéter que tout écoulement sanguin, observé pendant leur évolution, était pathologique et différait toujours des règles véritables par l'un des caractères suivants : périodicité, durée, quantité, qualité.

Ainsi la femme cesse de voir ses règles ; elle éprouve en même temps différents symptômes, tels que troubles digestifs, gonflement des seins, et elle se croit enceinte.

Auto-intoxication. — Mais généralement les troubles divers qui accompagnent presque toutes les grossesses normales, prennent rapidement ici un caractère très marqué, une intensité inaccoutumée. Déjà en 1857, Hubert (de Louvain) insistait sur « les phénomènes sympathiques, qui sont exagérés au point de constituer de véritables maladies plutôt que de simples incommodités. » On retrouve la même observation dans une clinique de Depaul, dans le travail d Ancelet. Mais ces phénomènes sont passés inaperçus pour la plupart des auteurs ; et parmi ceux qui les ont vus, aucun n'a su les rapporter à leur véritable cause. Cette cause, les recherches de M. le Professeur Pinard l'ont établie : c'est l'auto-intoxication gravidique par insuffisance du foie, c'est *l'hépato-toxémie gravidique.* Quelquefois très marquée dans la grossesse normale, elle disparaît brusquement si le fœtus meurt ; elle atteint au contraire son maximum dans cette grossesse dégénérée qui s'appelle môle vésiculaire. Dans sa thèse (1898) inspirée par M. Pinard, Domond étudie deux de ses principales manifestations, l'albuminurie et et les vomissements incoercibles.

1° Il a trouvé *l'albuminurie* dans 23.8 °/₀ des cas, après avoir éliminé tous ceux où la femme présentait une lésion antérieure à la grossesse, capable de produire ce symptôme. Mais cette proportion lui paraît encore trop faible, car sur les 127 observations réunies par lui, 94 fois examen des urines n'avait pas été fait, et dans nombre

de ces cas on retrouvait tout le cortège symptomatique de l'albuminurie gravidique. Sur les 33 cas où l'examen avait été fait, 3 fois seulement il avait été négatif. Cette proportion, si réduite qu'elle soit, est encore considérablement supérieure à celle de la grossesse normale ; il faut tenir compte de ce fait, que la môle est généralement expulsée avant le 6e mois : or, si l'on recherche les cas d'albuminurie dans les grossesses normales avant le 6e mois, on n'arrive qu'au chiffre de 2 % chez les primipares, de 1 % chez les multipares.

On le voit, cette albuminurie est *précoce*. Sur 24 observations, elle apparait 1 fois au 1er mois, 4 fois au 2e, 6 fois au 3e, 8 fois au 4e, 4 fois au 5e, 1 fois au 6e.

Autre caractère très important : l'albumine existe presque toujours en *quantité énorme*; elle précipite à flots.

- De plus il est rare de la trouver isolée; elle s'accompagne généralement *d'autres troubles*. Ce sont les œdèmes, souvent précoces aussi, œdème de la face, des membres, du poumon et de la glotte (Domond, Obs. 5, mort.), œdème généralisé, anasarque; ce sont les troubles de la vue, la cécité urémique (Id. Obs. 24), les céphalalgies, les épistaxis fréquentes, la sensation de froid glacial et constant des membres (Migliaressi, Obs. III), la perte de la mémoire (Id. Obs. 11.). C'est aussi l'éclampsie, que Domond note 3 fois sur ses 30 observations.

2° Les *vomissements* manquent rarement, et font souffrir la femme par leur répétition et leur intensité. Ils prennent volontiers le caractère de vomissements *incoercibles*. Ceux-ci en effet sont si fréquents que Blanchard

(Th. Lille 1897) a pu les considérer comme un des symptômes, inconstant il est vrai, de la grossesse molaire. Domond les signale dans 15.1 % des cas. Cette proportion est incomparablement supérieure à celle qu'on trouve dans la grossesse normale : c'est ainsi que M. Boissard, en 1895, n'en avait observé que 4 cas sur des milliers d'accouchements.

Comme dans la grossesse normale, ils apparaissent en général dès les premiers mois de la gestation. Ils sont parfois remarquables par la *prompte évolution* de leurs trois périodes. L'amaigrissement est rapide, la période fébrile précoce, et le dénouement fatal ne se ferait pas longtemps attendre, si l'expulsion de la môle tardait à se produire.

3° D'autres *troubles digestifs* sont encore signalés : anorexie complète, constipation opiniâtre, comme dans une observation de Tartarin, ou diarrhée dysentérique avec ténesme (idem).

4° Nous avons trouvé le *ptyalisme* dans plusieurs observations ; il était très intense chez une malade de Percy ; une malade de Moreau (de la Sarthe) rendait près de deux pintes de salive par jour ; Peyre a constaté un ptyalisme qui débuta dix jours après les dernières règles ; un mois après, la femme crachait plus de deux litres par jour. Littre, Leroy, Millot, ont cité des cas analogues.

5° On signale encore ces *œdèmes* décrits par M. le professeur Pinard et liés aux modifications du sang causées par l'auto-intoxication : œdème considérable des membres inférieurs, de la paroi abdominale et particulière-

ment de la région sus-pubienne. Dans une observation de Dauzats, cet œdème sus-pubien était très marqué et gênait la palpation ; la peau formait un gros bourrelet au-dessus de la symphyse. Les membres inférieurs étaient aussi considérablement infiltrés. On ne trouvait pas d'albumine dans les urines, pas d'affection rénale ou cardiaque. L'utérus était gros comme à six mois de conception.

6° La *dyspnée* est notée fréquemment. Dans l'observation VII de la thèse d'Ouvry, elle se présente comme premier accident, 2 mois après les dernières règles.

7° Mais nous insisterons particulièrement sur l'*intoxication du système nerveux*. Elle se traduit par des symptômes nombreux. Les femmes se plaignent souvent de *douleurs*, qu'elles déclarent n'avoir jamais ressenties dans leurs grossesses antérieures. Ces douleurs siègent dans tout l'abdomen, ou seulement dans le bas-ventre, le bassin, les reins, la région sacrée, les membres inférieurs. Elles sont souvent très violentes, très fréquentes. Dans l'observation de Wilton, elles ne quittent pour ainsi dire pas la femme. Elles peuvent simuler les douleurs de la péritonite (Gibert), ou bien apparaître sous forme de crises gastralgiques intenses (Lasserre). La malade observée par Brion « souffrait de tout son corps ; elle étoit enragée et poussoit des cris affreux ».

Les céphalagies ne sont pas moins fréquentes.

Parfois, ce sont des phénomènes d'*excitation* qui dominent : la femme est constamment agitée (Depaul, Brion) ; elle montre une exagération considérable de ses sentiments affectifs.

Mais beaucoup plus souvent on observe des phénomènes de *dépression* profonde. Dans presque toutes les observations on note de l'asthénie musculaire, un affaiblissement précoce, indépendant des hémorrhagies, car il les précède la plupart du temps. Dans l'observation de Peyre, c'est une fatigue générale déjà très marquée dix jours après les dernières règles ; dans celle de Lasserre « la femme perdait du sang, mais en petite quantité, ce qui ne l'empêchait pas de perdre ses forces. » Dans l'observation de Volkmann, c'est un affaiblissement profond dès la fin du premier mois ; dans celle de la Motte la femme a bien éprouvé une perte ; mais « c'est lorsqu'elle se croyait guérie et qu'il ne venait plus que des sérosités roussâtres, qu'elle empirait de jour en jour, de telle manière qu'elle ne croyait pas pouvoir soutenir son accouchement. »

L'utérus peut être absolument paralysé. Il est alors incapable d'aucune réaction et se laisse distendre dès qu'une hémorrhagie se produit. Il en résulte souvent les conséquences les plus funestes. Nous y reviendrons dans un instant.

L'intelligence, elle aussi, est déprimée ; la malade est somnolente (Migliaressi, III) ; elle est hébétée et répond fort mal aux questions (Ouvry, I) ; elle présente une apathie profonde, une perte complète de la mémoire et une grande hypochondrie (Domond, 11).

Nous pourrions multiplier les citations. Nous y trouverions encore notées la fréquence des palpitations, la tendance aux syncopes, qui se révèle au moindre effort et cloue la femme au lit. Ce sont là, nous le répétons,

des phénomènes précoces, qui précèdent les hémorrhagies, ou tout au moins apparaissent à une époque où celles-ci sont impuissantes à les expliquer. Tout cet ensemble symptomatique dépend de l'auto-intoxication. Il aboutit souvent et rapidement à un état de déchéance physiologique des plus marqués. L'amaigrissement est précoce ; il peut atteindre des proportions considérables, 20 kgs chez une malade de Garnier. Les malheureuses femmes sont incapables de tout travail ; le moindre effort amène une dyspnée intense, des palpitations, des syncopes même. L'émaciation du visage et de tout le haut du corps contraste avec le développement de l'abdomen et avec l'œdème souvent considérable des membres inférieurs. Le facies est pâle, la peau décolorée, blafarde ou terreuse. Quelquefois des accès de fièvre (obs. personnelle, Lasserre, Dardignac, Gibert, Lisfranc, Martin, Christ a Vega,) apparaissent, indépendants de tout travail phlegmasique, signes de toxémie. C'est en résumé un état de marasme qui donne l'idée de la *cachexie* cancéreuse ; et, par ses symptômes comme par son histologie, la môle vésiculaire se révèle tumeur maligne.

Pertes. — A ces graves phénomènes viennent s'ajouter des pertes. Il faut les étudier pendant la grossesse et au moment de l'expulsion :

1° Pendant la grossesse, les pertes sanguines manquent rarement. Nous ne parlons pas des cas de dégénérescence partielle, où elles peuvent faire défaut (Laroche, Berton.) Mais nous avons aussi trouvé leur absence dans quelques cas de dégénérescence complète. Dans

une observation de Michel, la grossesse évolue jusqu'au cinquième mois sans aucune perte de sang pendant son cours et se termine par l'expulsion de 3 kgs de vésicules, cette fois avec hémorrhagie.

L'obs. VII d'Ouvry est tout à fait analogue.

Mais ces cas sont exceptionnels et on peut dire que l'écoulement sanguin est un symptôme constant.

Il offre des variantes dans son apparition, sa fréquence, sa nature et son intensité.

a) Il apparait dans la grande majorité des cas, avant la fin du 3me mois. Sur 63 observations, nous avons noté son début 11 fois au 1er mois, 28 fois au 2me, 14 fois au 3me, 6 fois au 4me, 4 fois du 5me au 7me. Il peut être très précoce : dans l'obs. 6 de Domond (p. 66), il apparait 16 jours après les dernières règles, dans une observation de Fontan et Conche 28 jours après. Quelquefois il commence et coïncide avec l'époque menstruelle qui suit les dernières règles; il peut alors continuer sans interruption (Fricker); parfois au contraire il se reproduit avec périodicité pendant plusieurs époques, et simule les règles; mais il s'en distingue toujours par quelque caractère (Dauzats). Néanmoins il est parfois assez difficile dans ces cas de préciser le début de la conception.

Le plus souvent c'est deux mois après les dernières menstrues que l'écoulement commence. Il apparait et se reproduit sans cause appréciable; quelquefois on note une cause banale, fatigue, trauma, coït, vomissement. Parfois il se calme et même s'arrête par le repos au lit; ensuite notablement. Dans l'observation I d'Ouvry, le

parfois au contraire, c'est la nuit qu'il débute (Magnin). Tartarin note dans une observation d'abondantes métrorrhagies nocturnes; dans une observation de la clinique Baudelocque (1896. n° 1705) l'hémorrhagie est constante, mais plus marquée la nuit. Dans l'obs. 6 de Domond, l'écoulement revient chaque fois que la femme se couche.

b) La perte est rarement unique; elle est suivie le plus souvent d'autres pertes, qui reviennent parfois avec une certaine régularité, mais plus ordinairement à des intervalles absolument inégaux et souvent de plus en plus rapprochés. Quelquefois même elle ne cesse pas.

c) Sa nature peut fournir d'importants éléments de diagnostic. En effet, en dehors des pertes composées de sang franchement *rouge*, liquide ou en caillots, pertes de beaucoup les plus fréquentes, on observe quelquefois des pertes purement *séreuses*, non colorées (Mousseaud). Hubert (de Louvain) les attribue à la rupture des vésicules. Parfois le liquide est séro-sanguinolent, *roussâtre*, couleur de bouillon sale. Dans certains cas, le sang n'est jamais pur (Depaul. Pinard.), ou bien ces différentes pertes alternent et l'on peut voir un écoulement nettement sanguin précédé d'un écoulement aqueux ou séro-sanguinolent.

L'écoulement peut être fétide, qu'il soit rouge (Ouvry VII), aqueux ou roussâtre (Langevin). Il s'accompagne rarement de coliques utérines, beaucoup plus souvent de douleurs, tantôt légères, tantôt très vives. Parfois au contraire (Ouvry VI), la femme est soulagée quand la perte est plus forte.

d) Quand à l'intensité de ces pertes, elle est éminem-

ment variable. Dans un cas de Tarneau, la grossesse dure 270 jours et ne cause qu'un très léger suintement sanguin pendant quelques heures, aux approches des 3me et 4me époques menstruelles. Dans un cas de Langevin la malade n'éprouve aucune hémorrhagie, mais seulement un suintement roussâtre, cette fois presque continuel. D'habitude les pertes sont plus abondantes. La première elle-même peut être très sérieuse; mais elle n'a jamais causé la mort de la femme. Celles qui viennent ensuite peuvent être d'intensité inférieure, égale ou supérieure. Tantôt c'est une hémorrhagie grave qui commence, suivie d'un écoulement continu, abondant, faible ou à peine marqué; tantôt c'est le suintement qui débute et qui présente ensuite des recrudescences offrant alors tous les signes des hémorrhagies. Et trop souvent ces pertes revêtent un caractère marqué de gravité par leur abondance et leur répétition; pour ne citer qu'un exemple, Hypolite a vu des hémorrhagies graves, avec syncopes, se répéter de façon réguliére tous les cinq ou six jours et amener un état d'anémie aiguë.

2° Au moment de l'expulsion, de nouvelles pertes se produisent. Nous n'avons trouvé qu'un cas (Malichecq) où elles ont fait défaut. Presque toujours abondantes, elles présentent parfois une intensité effrayante. Nous pourrions multiplier les citations : c'est Hamon qui trouve sa malade baignant dans son sang, le lit en est inondé ; c'est Lahaye qui observe une hémorrgagie épouvantable ; Clément trouve la patiente pâle, exsangue, le pouls imperceptible. Ces différentes malades ont guéri; mais on conçoit la gravité d'un tel symptôme, étant

donné surtout l'état cachectique de la femme. Aussi n'est-il pas rare de voir ces malheureuses, déjà profondément intoxiquées, ne pouvoir faire les frais de ces terribles saignées. C'est ainsi que nous avons pu réunir, à la fin de ce travail, un certain nombre de cas mortels.

Modifications de l'utérus. — En même temps que se déroule tout ce cortège symptomatique, l'utérus subit d'intéressantes modifications.

1° Souvent il se développe avec une rapidité remarquable, à tel point que la femme est effrayée des *proportions exagérées* prises par son ventre. Dans l'observation de Lamœstre, en 3 mois l'utérus atteint le même volume qu'à 8 mois de grossesse. Dans une observation de Depaul, à 3 mois 1/2 le ventre est développé comme dans une grossesse de 9 mois. Dans l'observation VII d'Ouvry, au bout de 86 jours, il présente le volume d'une grossesse de 7 mois. Dans l'observation X, le 1er février, l'utérus déborde le pubis de deux travers de doigt ; le 15, il atteint l'ombilic, le 8 mars le sternum. Dans notre observation, prise à la clinique Baudelocque, le 8 février, l'utérus déborde la symphyse de 5 centimètres, le 12, de 11 centimètres, le 1er mars, de 27 centimètres.

Il est possible qu'au début l'organe commence par se développer normalement ; mais, généralement, sa distension est précoce. Jagot trouve dès la fin du 1er mois un utérus anormalement gros ; à la fin du 2e, il dépassait l'ombilic. C'est surtout au 3e et au 4e mois que ce développement insolite est le plus marqué ; mais, très rapidement, le volume de l'utérus *cesse d'être en rapport avec l'âge* de

la grossesse et c'est là un caractère très important au point de vue du diagnostic.

Dans certains cas, pourtant, le développement de l'utérus est *normal* et régulier. Desbonnets, Oliver en citent chacun un exemple. M. le professeur Pinard, sur 8 observations, en trouveune aussi dans laquelle ce développement était en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. De plus, dans un certain nombre d'observations, le volume de l'utérus, présenté comme exagéré, est parfaitement normal. Beaucoup d'auteurs, en effet. placent encore le fond de l'organe, au 4e mois, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la symphyse, tandis qu'à cette époque, il atteint l'ombilic et le dépasse toujours au 5e mois (Pinard).

Parfois même, le développement est *moins marqué* que dans la grossesse normale ; dans l'observation VI de Migliaressi, le fond de la matrice ne dépasse pas l'ombilic à 7 mois ; sur les 8 cas réunis par M. Pinard, deux fois le volume de l'utérus était notablement plus petit que de coutume. Ce moindre volume coïncidait avec un écoulement séro-sanguinolent très prolongé et très abondant.

Sous cette influence, en effet, ou bien à la suite d'un arrêt de développement de la môle, on peut voir le volume de l'utérus cesser de s'accroitre, rester stationnaire et même *diminuer*. C'est là une cause d'erreur sur laquelle M. Pinard, dans son *Traité du Palper*, attire l'attention. Ces cas ne sont pas très rares. Dans une observation de Garnier, le ventre grossit jusqu'au 4e mois et diminue ensuite notablement. Dans l'observation I d'Ou-

vry, le 1er novembre, l'utérus remonte à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; le 1er décembre, il n'est plusqu'à mi-chemin entre ce point de repère et le pubis.

Parfois, on constate d'un jour à l'autre des *variations de volume* trés appréciables. Dans l'observation de Picard la tumeur diminuait quand la perte sanguine était abondante, augmentait quand elle diminuait. Ouvry a observé le même phénomène.

Pendant la période d'expulsion, l'utérus peut présenter rapidement un accroissement considérable. C'est qu'alors il se produit une hémorragie dans sa cavité. D'où la nécessité, à ce moment, de surveiller attentivement la matrice et de mesurer avec exactitude l'élévation de son fond au-dessus de la symphyse ; il est bon d'être prévenu aussi que parfois l'organe gestateur ne se développe pas en hauteur, mais en *largeur* (obs. pers., Fricker). Cette *distension* par le sang est d'autant plus facile que cet organe présente souvent une paralysie absolue, manifestation des plus graves de l'intoxication du système nerveux.

2° La consistance de l'utérus varie; tantôt elle est *normale*, analogue à celle de l'utérus gravide; l'organe se laisse facilement déprimer, et l'on peut sentir nettement les contractions indolores. M. Pinard éprouva cette sensation dans 6 de ces 8 cas.

Dans les deux autres, il constata une *tension constante* de la paroi ; même constatation dans l'observation 16 de Domond (p. 77), et dans l'observation II d'Ouvry, où l'utérus présentait une dureté ligneuse qui fit porter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Cette dureté n'est pas toujours en rapport avec un accroissement lent de l'organe, comme semblent l'indiquer les observations de Mme Boivin et de Pennel ; elle est signalée aussi avec un développement rapide et considérable de l'utérus.

Parfois l'organe gestateur offre une *consistance particulière* que nous avons retrouvée dans 11 observations. Elle est désignée par des termes différents suivant les auteurs : mollesse (Domont, Obs. 18, p. 79. Besson. Ouvry, Obs. I et VI), consistance pâteuse (Ouvry VII), sensation de vessie distendue par du liquide (Pelvet), pseudo-fluctuation (Ouvry IV), fluctuation obscure (Ouvry X) fluctuation (Depaul. Domont, Obs. 17, p. 78. Obs. personnelle). Nous insisterons sur cette sensation spéciale, car elle imprime au pronostic une gravité toute particulière. Elle est l'indice d'une intoxication profonde du système nerveux et elle exprime la paralysie de l'utérus. C'est dans ces cas que l'on trouve à l'autopsie l'utérus aplati, enforme de *galette*. Mais laissons parler les faits avec toute leur éloquence.

Depaul. — Fluctuation. Intoxication profonde. Mort.

Besson. — Mollesse. Intoxication profonde, hémorrhagies. Mort.

Pelvet. — Sensation de vessie distendue. Vomissements, hémorrhagies. Mort.

Observation personnelle. — Fluctuation, Ut. en galette. Intoxication profonde, hémorrhagies. Mort.

Ouvry I. — Mollesse. Ut. en galette. Intoxication profonde. Mort.

Ouvry IV. — Pseudo-fluctuation, Hémorrhagie inquiétante.

— VI. — Mollesse, Intoxication profonde, albumine 12 grammes, hémorrhagies.

Ouvry VII. — Consistance pâteuse. Albumine, hémor rhagie grave.

Ouvry X. — Fluctuation obscure. Intoxication marquée.

Domont XVII. — Fluctuation. Vomissements incoercibles.

— XVIII. — Mollesse. Vomissements incoercibles, Ptyalisme.

Ces 11 observations ont toutes présenté des symptômes d'intoxication profonde ; 5 se sont terminées par la mort. De tels faits se passent de commentaire.

On perçoit quelquefois sur l'utérus des *nodosités* très nettes, qui peuvent même donner la sensation de petits fibromes ; elles se produisent, se modifient, disparaissent sous la main ; mais parfois elles persistent un certain temps, 12 et même 24 heures (Ouvry VI). Elles semblent causées par des contractions locales de l'utérus.

Quant aux bosselures formées par les vésicules superficielles, nous n'avons trouvé aucune observation où l'on ait pu les constater par le palper. On cite souvent à ce sujet celle de Volkmann. Nous ne l'avons pas comprise de cette façon et nous pensons que les saillies n'ont été perçues qu'en palpant directemement l'utérus après l'autopsie.

3° La forme de cet organe est généralement globuleuse, parfois aplatie (Ouvry, Dauzats). Dans certains cas, les deux cornes se dessinent nettement ; elles peuvent avoir une consistance différente. Parfois l'une d'elles est plus accusée ; cette déformation, lorsqu'elle est très marquée, peut être l'indice du développement intrapariétal de la môle.

4° L'utérus est généralement médian ; quand il est

peu volumineux, il peut être incliné latéralement, ou bien en rétroflexion ou en antéflexion.

5° Le col ne fournit guère de renseignements. Percy indiquait comme un signe de valeur, la béance constante de l'orifice. C'est une erreur. La plupart du temps le toucher ne donne que la sensation du ramollissement du col et du développement du segment inférieur. Cependant le col peut conserver longtemps sa consistance normale.

Signes négatifs. — Il nous reste encore à étudier quelques symptômes; ils sont pour la plupart négatifs.

Nous ne nous occuperons pas des cas de môle embryonnée, avec fœtus vivant; on pourra trouver alors, avec les signes précédents, ceux qui indiquent la présence d'un fœtus.

Dans les cas de dégénérescence vésiculaire complète, le palper et le toucher, avant la fin du 4e mois, ne permettent guère d'affirmer qu'une seule chose, le développement de l'organe gestateur. « Après cette époque, *l'absence de perception fœtale*, alors que l'épaisseur de la paroi abdominale et la faible résistance de la paroi utérine permettent d'explorer le contenu de la cavité, doit faire penser à la possibilité d'une grossesse dégénérée, surtout si le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse et si on constate un écoulement séro-sanguinolent constant ou intermittent et prolongé. » (Pinard. Tr. du palper).

Le *ballottement*, abdominal ou vaginal, fait toujours défaut; les auteurs (Besson) qui ont cru le percevoir n'ont pas obtenu cette sensation de mouvement d'un

corps solide flottant dans un liquide, le tout contenu dans l'utérus.

Les *mouvements actifs* manquent naturellement aussi et c'est là une constatation importante. Pourtant assez souvent les femmes prétendent les avoir perçus. Cette fausse sensation est due probablement au même phénomène qui produit les bosselures de la paroi : c'est ainsi que la malade de Brion éprouvait « une espèce de tressaillement convulsif dans le ventre. »

L'auscultation ne fait entendre aucun bruit fœtal ; c'est un renseignement d'une grande valeur ; le souffle utérin seul est perçu quand la dégénérescence n'est pas trop étendue (Depaul.)

Nous n'insisterons pas sur les modifications des seins, sur celles de la ligne brune, sur la sensation de chute de l'utérus qu'éprouvent assez souvent les femmes lorqu'elles se couchent sur un côté. Ce sont là des signes très variables et sans valeur.

Expulsion de vésicules. — Quant à l'expulsion de vésicules, c'est le seul signe pathognomonique. Malheureusement elle manque pour ainsi dire toujours pendant l'évolution de la grossesse. Nous ne l'avons trouvée dans aucune observation. Quant elle se produit, c'est à la période d'expulsion ; souvent même c'est le médecin qui, en pratiquant le toucher intra-cervical, ramène des vésicules sur son doigt. Dans un cas de Thuillier, la femme expulsa des vésicules pendant sa grossesse ; mais l'utérus contenait deux produits, un fœtus qui alla à terme, et une môle qui fut éliminée par fragment avant l'accou-

chement. Là encore l'issue de vésicules ne se produisit qu'à la période d'expulsion de la môle.

On ne peut donc compter en aucune façon sur ce symptôme trop tardif, qui n'est même plus un symptôme au moment où il apparaît, pas plus que la naissance de deux enfants n'est un symptôme pathognomonique de la grossesse gémellaire.

CHAPITRE VII

DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC.

Durée. — La durée de la grossesse vésiculaire est généralement courte. Le plus souvent elle ne dépasse pas 5 mois. Sur 70 cas terminés par l'expulsion spontanée de la tumeur, nous l'avons notée :

Au 2e mois	....	4 fois
3e —	....	10 —
4e —	....	21 —
5e —	....	18 —
6e —	....	5 —
7e —	....	3 —
8e —	....	4 —
9e —	....	2 —

Nous n'avons pas trouvé d'observation de grossesse prolongée au delà de 9 mois, bien que, paraît-il, on en ait signalé.

Terminaisons. — Nous laisserons de côté les cas de dégénérescence partielle ou de grossesse gémellaire avec altération d'un œuf : nous avons étudié leur évolution au chap. I.

Dans la majorité des môles vésiculaires avec dégéné-

rescence complète, l'expulsion est spontanée, et se présente avec tous les symptômes de l'avortement. Elle se fait parfois assez facilement et sans grandes douleurs, surtout dans les 1er mois. Mais généralement elle s'accompagne de douleurs intenses, parfois atroces, de vomissements, de syncopes même, et surtout d'hémorrhagies qui prennent souvent, nous l'avons vu, un caractère inquiétant. Dans les cas les plus heureux, la môle est rejetée d'une seule pièce, entourée de la caduque intacte ; les dangers d'infection sont alors considérablement diminués, car on n'a pas à craindre la rétention de vésicules.

Ce mode d'expulsion ne se produit guère qu'avec des môles jeunes. Mais lorsque cette tumeur a pris un développement marqué, ou lorsque, jeune encore et peu volumineuse, elle présente une tendance envahissante, la caduque très amincie, ou même déjà perforée, se déchire sous l'effort des contractions utérines et l'élimination se fait par grappes plus ou moins volumineuses, par fragments plus ou moins nombreux. Nous n'avons pu établir la durée moyenne du travail ; les observateurs ne donnent pour la plupart aucun renseignement précis sur son début ; mais il est en général lent et pénible : la dilatation se fait mal, car aucune partie résistante ne vient appuyer sur le segment inférieur ; de plus l'utérus, atteint lui aussi par l'intoxication, ne jouit pas de toute sa puissance et vient difficilement à bout des adhérences parfois solides de la môle.

L'expulsion n'est souvent complète qu'au bout de quelques heures, et, à chaque lambeau de la tumeur, ce sont de nouvelles douleurs et de nouvelles hémorrhagies.

Assez fréquemment, la femme rend un groupe de vésicules quelques jours après sa délivrance. On a même cité des exemples d'élimination prolongée pendant des semaines, des mois et même une année (Giffard). Cette rétention entretient des hémorrhagies persistantes (Hamon), et donne lieu presque fatalement à des accidents infectieux, contre lesquels reste sans défense l'organisme profondément déprimé par l'intoxication et les pertes sanguines.

Dans les cas heureux, l'expulsion se termine rapidement ; l'utérus revient sur lui-même, les hémorrhagies s'arrêtent, les phénomènes d'hépatotoxémie se calment et disparaissent avec la même rapidité qu'après l'accouchement dans la grossesse normale. Les suites de couches ne présentent rien de spécial : la montée laiteuse se produit généralement ; les lochies apparaissent avec leurs caractères ordinaires ; l'involution utérine suit son cours régulier, accompagnée parfois de tranchées pendant les premiers jours. La femme se rétablit promptement.

Mais souvent les suites de couches sont orageuses ; souvent aussi, même lorsqu'elles sont physiologiques, la convalescence est longue ; les malades conservent pendant des semaines un teint jaunâtre, une faiblesse marquée, une fatigue constante qui les rend incapables de reprendre leurs occupations. Parfois même la guérison n'est jamais complète et l'organisme, le système nerveux en particulier, gardent des traces indélébiles des profondes atteintes qu'ils ont subies.

Dans un nombre d'observations assez considérable, les vésicules très adhérentes ou même incrustées dans la paroi n'ont pu être expulsées spontanément. Dans les cas les

plus favorables, un curage digital ou instrumental a suffi ; mais cette simple intervention n'est pas sans danger dans un utérus aminci et altéré ; elle augmente en outre les chances d'infection. Dans plusieurs observations, cette intervention aurait été impuissante et l'organisme n'aurait pu être débarrassé de la tumeur que par une opération radicale; malheureusement la mort est survenue rapidement, parfois même avant tout début de travail.

La terminaison fatale est loin d'être rare ; Hirtzmann la signale dans la proportion de 13.5°/₀. Sur 174 observations, nous la notons 26 fois. Elle s'est produite 11 fois avant toute expulsion, sous l'action combinée de l'intoxication et des hémorrhagies ; 15 fois après la délivrance, artificielle ou naturelle, soit immédiatement (obs. pers.), soit quelques heures, quelques jours ou même plusieurs mois après (Muller. 4 mois), sous l'influence des mêmes causes, auxquelles il faut joindre l'œdème pulmonaire et glottique (1 cas) et l'infection. Sur ces 26 cas, 2 fois la rupture utérine s'est produite ; il faut ajouter un cas de perforation (Ch. Martin), où la malade fut sauvée par l'hystérectomie.

Ainsi nous arrivons à une mortalité de 15 °/₀. Mais elle est encore trop faible, car il faut toujours compter avec une complication tardive, éminemment grave, le déciduome malin, dont nous avons étudié les rapports avec la môle. Malheureusement nos observations omettent de nous donner aucun renseignement à cet égard.

Pronostic. — *Pour le fœtus*, le pronostic est fatal. Dans l'immense majorité des observations, il n'en reste aucune trace. Pour qu'il puisse naitre viable, il faut que

la dégénérescence soit tout-à-fait limitée et ces cas ne nous intéressent guère, car il ne présentent pas de symptômes et ne se reconnaissent qu'à l'accouchement. Dès que la dégénérescence est plus étendue, le fœtus ne peut se développer. Il meurt avant l'expulsion ou ne survit que quelques minutes. Dans les cas de grossesse gémellaire, le pronostic est le même pour l'œuf dégénéré; l'autre souffre de ce voisinage et son évolution en est généralement arrêtée ; pourtant il peut se développer jusqu'à terme : c'est un fait si exceptionnel qu'il est permis de n'en pas tenir compte.

Pour la mère, le pronostic est beaucoup plus défavorable que ne le pensaient les anciens auteurs.

Mattéï écrivait en 1858 : « le pronostic est de peu d'importance pour la mère. Il est douteux qu'il y ait des cas de mort par hémorrhagie. Tout au contraire la femme, après la sortie de la môle, est dans le cas d'un accouchement ordinaire.» Depuis quelques années les auteurs montrent beaucoup plus de réserve dans leurs conclusions et considérent l'affection comme sérieuse. Après l'étude que nous venons de faire de sa pathogénie et de sa symptomatologie, nous pensons qu'il faut se montrer plus pessimiste encore. En raison de cette intoxication profonde, qui peut laisser des traces indélébiles ; en raison de ces hémorrhagies, externes ou internes, souvent épouvantables, de l'infection toujours à craindre, de la dissociation utérine toujours menaçante ; en raison de la pénétration possible de l'organisme par le déciduome ; en raison enfin de la gravité des opérations auxquelles cette complication peut conduire, nous n'hésitons pas à dire que la môle vésiculaire comporte un pronostic *très grave*.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC.

Nous laisserons de côté les cas de dégénérescence partielle : ou bien ils évoluent comme de véritables môles, ou bien ils n'amènent aucun trouble et leur diagnostic est alors impossible.

Même quand la dégénérescence est complète, le diagnostic est difficile. Une première cause d'erreur réside dans l'extrême rareté de cette maladie ; bien des praticiens n'ont jamais eu l'occasion de l'observer ; aussi est-il très excusable de n'y pas penser. Dauzats, dans un cas semblable, essaie d'établir un diagnostic par exclusion ; il le raisonne avec rigueur, mais n'arrive à aucune conclusion : « la rareté de la môle, dit-il, empêcha de songer à cette affection. »

« D'ailleurs, ajoute-t-il, pour éviter la fatigue et l'hémorrhagie, on borna l'examen. » Celui-ci, en effet, peut être rendu très difficile par l'affaiblissement, l'état syn-

copal de la femme, par la crainte de provoquer de nouvelles pertes, et quelquefois par l'œdème de la paroi.

Mais la difficulté du problème tient surtout à l'absence de signes précis. Le seul signe de certitude, l'expulsion de vésicules, fait toujours défaut pendant le cours de la grossesse ; chacun des autres symptômes, pris en particulier, n'a rien de pathognomonique.

Un écoulement sanguin, survenu dès les premières semaines de la conception, fait penser à un *avortement* ; à ce moment, l'examen de l'utérus ne donne guère de renseignements. Néanmoins, dans la môle, le col garde souvent sa consistance normale au début de la grossesse. Souvent aussi des symptômes généraux graves attirent l'attention dès cette époque.

Si l'écoulement apparaît plus tardivement, vers le 3e ou 4e mois, un nouveau diagnostic vient immédiatement à l'idée : *l'insertion du placenta sur le segment inférieur*. Nous savons en effet que, dans ce cas, si l'hémorrhagie se montre de préférence dans les trois derniers mois de la grossesse, elle est néanmoins possible du 3e au 6e. Or, ses caractéres sont identiques à ceux des pertes sanguines causées par la môle vésiculaire : c'est une émorrhagie à répétition qui survient sans cause appréciable. Si le col est entr'ouvert, il est possible que le toucher intracervical lui-même ne donne pas de renseignements, car le doigt ne distingue généralement pas la masse vésiculaire de la masse placentaire. Mais dans la môle, il est rare que d'autres symptômes, tels que développement anormal du ventre, signes de cachexie, fassent complètement défaut.

Le développement du ventre se rencontre dans un grand nombre d'affections para-utérines, telles que l'ascite, les tumeurs de l'ovaire, du foie, des reins, de la rate, la tympanite, la grossesse hystérique. Un examen attentif permet de les éliminer. Nous en dirons autant de la distension de la vessie, qu'on supprime par le cathétérisme. Dans notre observation personnelle, une grossesse extra-utérine fut un moment soupçonnée; mais un second examen fit rapidement justice de cette erreur.

En somme, on localise assez facilement le siège de l'affection dans l'utérus. Mais le développement de cet organe, même exagéré, n'est pas pathognomonique.

Dans l'*hydramnios,* ce qui attire l'attention, c'est précisément le défaut de proportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse. L'utérus présente cette tension, cette fluctuation qu'on a notées dans la grossesse molaire. Parfois les troubles généraux sont très intenses. D'ailleurs, le volume de la matrice suffit à amener des troubles circulatoires, cardiaques et respiratoires marqués. D'autre part, le palper et le toucher ne donnent parfois aucun renseignement sur la présence d'un fœtus; l'auscultation peut être négative, même avec un fœtus vivant. Ce tableau sera plus ressemblant encore dans l'hydramnios à marche aiguë, avec ses phénomènes généraux alarmants. Mais l'hydramnios est rare avant le 5[e] mois, quoique possible; mais surtout les hémorrhagies ne font guère partie de sa symptomatologie.

La *grossesse gémellaire* peut amener aussi un rapide développement de l'utérus; mais, dans ce cas, le palper et le toucher donnent des renseignements précieux.

Un *fibrome* peut distendre rapidement l'abdomen ; de plus, il n'est pas rare, avec cette tumeur, de voir des métrorrhagies se produire fréquemment et cachectiser la malade ; rappelons en outre que l'utérus, dans la grossesse molaire, présente parfois des bosselures qui peuvent simuler absolument de petits fibromes. Un examen très attentif permettra seul de résoudre ce diagnostic ; la perception de contractions indolores permettra d'affirmer la grossesse. Mais lorsque la môle se développe dans un utérus fibromateux (Frœnkel), le diagnostic devient à peu près impossible.

La cachexie, jointe aux douleurs et aux pertes, peut en imposer, chez une femme âgée, pour un *cancer utérin*. Ce diagnostic est en somme facile à résoudre.

L'arrêt de développement de l'utérus, suivi de sa diminution, après des signes de conception, peut faire penser à une grossesse avec *mort du fœtus*. Mais la persistance des phénomènes d'intoxication ne permettra pas longtemps cette erreur.

Parfois les femmes atteintes de môle vésiculaire prétendent sentir distinctement des mouvements actifs, et cette affirmation peut embarrasser le diagnostic (Besson). Mais il faut se rappeler que ces mouvements ne sont un signe de certitude que lorsqu'ils sont perçus par le médecin lui-même.

On voit qu'en somme, si chacun des signes, pris en particulier, ne présente aucune valeur pathognomonique, la réunion de plusieurs d'entre eux revêt au contraire une signification assez précise. M. le professeur Pinard insiste sur ce fait :

« Après le 4ᵉ mois, l'absence de perception fœtale, alors que l'épaisseur de la paroi abdominale et la faible résistance de la paroi utérine permettent d'explorer le contenu de la cavité, doit faire penser à la possibilité d'une grossesse dégénérée, surtout si le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse et si on constate un écoulement sero-sanguinolent constant ou intermittent et prolongé. » Si l'on note en outre des phénomènes d'hépato-toxémie marqués, si l'on a la chance de constater des pertes séreuses, des variations du volume de la matrice, le tableau devient bien plus complet, et le diagnostic presque facile. Nous citerons comme exemple l'observation de M. Quénu (Ouvry V). « Le seul récit du médecin, écrit cet auteur, me fit conclure, sans avoir vu la malade, à un cas de môle hydatiforme. » La femme, à la suite d'un arrêt des règles, présentait des pertes continuelles, insignifiantes, qui maculaient le linge de taches de sang et de taches blanchâtres de provenance aqueuse ou séreuse; l'utérus atteignait l'ombilic avant la fin du 3ᵉ mois; les urines contenaient 8 gr. 50 d'albumine.

Mais tous les cas nè sont pas si commodes, et dans l'immense majorité, le diagnostic ne saurait être porté d'emblée. Il n'est possible que si l'on suit l'évolution de l'affection et si on se livre à un examen répété, sérieux et méthodique. Dans un premier ordre de recherchès, on éliminera les affections para-utérines ; la localisation de la tumeur dans l'utérus étant établie, il faudra chercher les preuves de son origine conceptionnelle, puis la différencier des autres grossesses. Après le 4ᵉ mois, l'ab-

sence des signes de certitude viendra faciliter considérablement la solution du problème.

C'est cette méthode d'examen qui fut suivie avec succès par M. le P. Pinard, dans une observation que nous reproduisons ci-dessus, car elle résume ce que nous venons de dire :

« La grossesse, lors de l'arrivée de la femme, datait de 4 mois et quelques jours ; il y avait eu des hémorrhagies ou plutôt un écoulement alternatif de liquide légèrement coloré en rouge, puis de sang très rouge, et cela depuis le 2e mois. Le palper fit reconnaître un utérus développé comme il devait l'être si la grossesse avait été normale, et l'auscultation fut négative ; le toucher ne donna que la sensation du ramollissement du col et du développement du segment inférieur de l'utérus. Pas de perception fœtale, ni par le palper, ni par le toucher. Je fis tout d'abord et simplement le diagnostic de grossesse. Pendant 15 jours, nous pûmes constater le développement rapide de l'utérus, donc nous n'avions pas affaire à un fœtus mort, puisque l'utérus diminue de volume dans ces cas. Continuant à ne percevoir aucune sensation fœtale, ni par le palper, ni par le toucher, ni par l'auscultation, malgré nos examens répétés chaque jour avec le plus grand soin, je fis le diagnostic de môle hydatiforme. Quelques jours après, la femme expulsa une môle pesant 1600 gr. »

Un nouveau moyen de diagnostic pourrait trouver ici une application intéressante ; ce sont les rayons Rœntgen, qui montreraient la présence ou l'absence d'un fœtus dans l'utérus.

Nous n'avons pas parlé des cas où la dégénérescence vésiculaire frappe un des œufs d'une grossesse gémellaire. Les signes sont les mêmes que ceux de la môle simple et le diagnostic se fera de la même façon ; mais il sera considérablement plus difficile et souvent même impossible, car la présence d'un fœtus vient supprimer les signes négatifs, dont l'importance est capitale.

On peut être appelé à examiner la femme seulement au moment du travail; c'est généralement le toucher qui fournira les renseignements. D'ailleurs les phénomènes généraux commandent l'intervention rapide : il faut vider l'utérus, quel que soit son contenu, sans s'attarder au diagnostic.

Si une hémorrhagie intra-utérine se produit, on la reconnaîtra aux signes habituels : rapidité et petitesse du pouls, phénomènes syncopaux, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, accroissement brusque de l'utérus. Nous avons déjà insisté sur la nécessité de surveilller attentivement, le ruban métrique à la main, les variations de volume de cet organe pendant la période d'expulsion; mais il faut se rappeler qu'il se distend parfois en largeur, tandis que ses dimensions verticales ne varient pas.

Si ces symptômes généraux sont apparus en même temps qu'une vive douleur, et s'accompagnent de sensibilité extrême du ventre et de ballonnement, il faudra penser immédiatement à la rupture utérine. Il importe de faire dans ce cas un diagnostic précoce, car il commande l'hystérectomie immédiate.

Nous n'insisterons pas sur l'importance médico-légale

que certains auteurs ont voulu donner au diagnostic rétrospectif de la môle. La question se pose de la façon suivante: peut-on prouver qu'une femme, accouchée clandestinement et accusée d'infanticide, a expulsé une môle et non un enfant ? L'examen ne peut révéler aucun caractère probant, à moins qi'il n'y ait rétention de vésicules dans l'utérus. Mais ce cas est trop exceptionnel pour présenter un intérêt pratique.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Cabaret écrivait en 1842 : « l'accoucheur qui oserait tenter d'arracher la môle hydatidique adopterait un procédé meurtrier. On ne pourrait saisir la masse qu'après de longues souffrances et des déchirements affreux, sans parler des conséquences funestes que l'arrachement seul entraînerait par lui-même ».

Cette répugnance à intervenir se retrouve chez tous les auteurs jusqu'à ces dernières années. Hubert (de Louvain) en 1857 se refuse à voir l'utilité, en l'absence de troubles sérieux, de provoquer l'expulsion avant tout début de travail; c'est seulement quand les accidents sont inquiétants qu'on doit en arriver là; pendant l'expulsion, si la perte est grave, l'introduction de la main dans l'utérus est permise à la condition expresse que le col soit dilaté suffisamment, sinon il faut se borner aux moyens alors en usage, le tamponnement et le seigle, les

applications froides et les potions hémostatiques. Hubert recommande la compression de l'utérus pour empêcher sa distension par le sang, et la compression de l'aorte, à laquelle il reconnait deux avantages : elle diminue la disposition à la syncope en forçant le sang à refluer vers la tête; en anémiant l'utérus, elle exerce une influence sur son innervation et provoque des contractions.

Depaul en 1868, Charpentier en 1869 sont encore moins portés à intervenir. Suivant eux, il faut se borner à traiter l'hémorrhagie comme accident de la grossesse, par les moyens généraux et le tamponnement. La conduite ne doit pas changer lors même qu'il y a expulsion de quelques vésicules pendant la gestation, car en certains cas, malgré ce phénomène, la grossesse a pu évoluer jusqu'à terme et donner un enfant parfaitement vivant. Si pendant l'expulsion une hémorrhagie grave se produit, il faut tamponner encore. La délivrance manuelle ou instrumentale n'est permise que lorsqu'on est sûr de pouvoir tout extraire.

Même théorie dans la thèse d'agrégation de Duchamp (1880).

Bien plus, à une époque très rapprochée de nous, en 1886, Rœser, au sujet de l'expulsion provoquée de la môle, écrit : « Qui oserait entreprendre une telle opération, sachant que la dégénérescence n'entraine pas fatalement la mort du fœtus ? Tous les soins de l'accoucheur devront tendre à la conservation du produit utérin, quel qu'il soit, jusqu'au moment de l'exonération naturelle. »

Un tel scrupule parait aujourd'hui ridicule ; pour que

le fœtus naisse viable, il faut une dégénérescence tellement limitée, qu'elle n'amènera aucun trouble pendant la grossesse. Maintenant que l'on connaît bien la nature maligne et l'évolution si dangereuse du parasite, les idées ont totalement changé. Les auteurs qui l'ont étudié depuis quatre ou cinq ans, Migliagessi (1894), Oui (1895), Ouvry (1897), se montrent nettement interventionnistes. Oui pense qu'une fois le diagnostic établi, c'est folie d'attendre, car la femme s'affaiblit petit à petit et l'on risque d'intervenir trop tard. Ouvry écrit dans ses conclusions : « la présence d'une môle dans la cavité utérine nécessite une évacuation complète et rapide ».

M. le Professeur Pinard est plus radical encore, s'il se peut. Il insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précoce, afin d'intervenir le plus rapidement possible. C'est le seul moyen d'éviter cette intoxication de l'organisme, ces accidents et ces complications terribles. Toute môle vésiculaire, nous l'avons vu, si bénigne qu'elle apparaisse au début, si lente que soit sa marche, peut devenir envahissante au bout d'un certain temps. L'utérus contient un parasite redoutable, une tumeur maligne. L'indication primordiale, c'est de l'en débarrasser. C'est aussi la seule façon d'arrêter les hémorrhagies, quelle que soit l'époque de leur apparition. Le laudanum, préconisé par les anciens auteurs, est inactif ; l'ergot de seigle est, avec justice, banni de l'arsenal obstétrical ; l'injection chaude donne des résultats momentanés, insuffisants ; le tamponnement vaginal ne précipite pas plus l'expulsion qu'il n'arrête l'hémorrhagie : l'utérus paralysé se laisse distendre et tandis que l'opérateur

s'abandonne à une sécurité trompeuse, la malade meurt d'hémorrhagie interne. Le ballon de Champetier lui-même n'est plus l'excellent instrument que l'on connait ; l'utérus ne se contracte pas derrière lui ; il peut même présenter des dangers : dans l'obs. II d'Ouvry, il provoqua la déchirure de la paroi amincie.

Ce qu'il faut faire sans tarder, c'est *vider l'utérus*.

Ouvry considère la curette comme l'instrument de choix. Elle seule, dit-il, permet d'agir rapidement et de ne rien laisser ; elle enlève les portions de caduque adhérentes et même les couches superficielles du muscle, dans les endroits dégénérés. « Mais la curette, dira-t-on, va perforer l'utérus ; cette complication ne peut avoir que des conséquences heureuses, car elle indique une paroi envahie par les éléments du syncitium et force le chirurgien à pratiquer sur le champ une hystérectomie. »

M. Pinard et Oui rejettent la curette, intrument aveugle et lui préfèrent les doigts. Oui conseille d'introduire un ballon Champetier, petit modèle, pour amener une dilatation suffisante. M. Pinard le juge inutile : voici le manuel opératoire qu'il recommande.

Dès que le diagnostic est posé, il faut intervenir *immédiatement*, sans attendre aucun début de travail. Si l'orifice cervical est fermé, on le dilate d'abord avec des bougies de Hégar ; dès qu'on le peut, on continue cette dilatation avec les *doigts*, jusqu'à ce qu'on la juge suffisante. Pendant qu'une main abaisse l'utérus par la pression abdominale, l'autre pratique un *curage digital* rapide et aussi complet que possible. L'on se rend ainsi

compte pendant cette manœuvre de l'épaisseur du muscle, de son intégrité ou au contraire de sa pénétration.

Si l'on est appelé alors que le travail est déjà commencé, le manuel opèratoire ne change pas.

Après l'intervention, on fait une injection intra-utérine antiseptique, très chaude (48°) et prolongée, afin de réveiller la contractililité musculaire et de débarrasser la cavité de tous les débris.

Pendant les suites de couches, on donnera les soins ordinaires. S'il y a de la fétidité des lochies, des accidents fébriles, on aura recours aux injections utérines répétées, ou à l'irrigation continue. Si les accidents persistent, quelle sera la conduite? On pourra faire un curettage si la paroi n'est pas amincie; malheureusement c'est surtout avec un muscle infiltré que l'infection se produira. Que décider alors? Voici ce qu'écrit M. Oüi : « Je ne saurais donner un conseil absolu; mais nous devons nous rappeler que les injections intra-utérines, étant donnés les rapports de la môle avec l'utérus, resteront le plus souvent impuissantes ; que le curettage, sans être beaucoup plus efficace, semble beaucoup plus dangereux; que le déciduome semble succéder fréquemment à la môle. Le moyen radical, c'est *l'hystérectomie.* » Il rappelle les médiocres résultats donnés par la temporisation et les moyens palliatifs dans les hémorrhagies persistantes et l'infection prolongée; ceux qu'à donnés l'hystérectomie tardive ne sont guère plus brillants. « C'est une question à poser pour le moment que celle de l'hystérectomie *rapide* dans les accidents consécutifs à l'expulsion de la môle hydatiforme. Mais nous ne possédons

pas actuellement assez de documents pour la résoudre d'une façon définitive. »

Cette solution, Ouvry la tire de ses observations et la formule en ces termes : « Si l'on acquiert la conviction que la môle a pénétré le muscle, l'hystérectomie sera pratiquée. »

En présence d'une si grave conséquence, nous insisterons une fois encore sur le devoir qui s'impose à l'accoucheur de faire un diagnostic et une intervention *précoces*. En l'absence d'un traitement prophylactique de la môle, il faut au moins faire la prophylaxie de ses accidents graves. Le curage hâtif de l'utérus est le seul moyen que nous possédions d'arriver à ce résultat. Heureusement, pour être en droit de le pratiquer, il n'est pas nécessaire d'avoir établi le diagnostic, et dans les cas où l'on aura méconnu la nature de l'affection, on n'aura pas à se reprocher une erreur funeste pour la malade, si l'on obéit à cette loi que M. le Professeur Pinard rappelle si souvent à ses élèves : « Chez une femme qui perd du sang, si le pouls est au-dessus de 100, il faut vider l'utérus, quel que soit l'âge de la grossesse. »

Si l'hémorrhagie est abondante, on tirera un bénéfice considérable des injections de caféine et d'éther et surtout de l'injection à haute dose de la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 pour 1000, sous-cutanée ou même intra-veineuse quand l'absorption ne se fait plus. Il ne faudra pas oublier les moyens habituels, inhalation d'oxygène, grogs, boules et draps chauds, etc. La malade sera placée et maintenue dans le décubitus horizontal absolu, la tête déclive, et on lui interdira rigoureusement

le moindre mouvement, par crainte d'une syncope mortelle.

Si la rupture utérine vient compliquer la situation, l'hystérectomie immédiate s'impose ; Ch. Martin l'a pratiquée avec succès par la voie abdominale, 4 heures après le début des accidents.

Pendant la convalescence, la malade sera soumise à une hygiène et à un traitement reconstituants ; mais la tâche du médecin n'est pas terminée, alors même que la guérison parait complète. Il lui faut encore surveiller et observer la femme avec soin pendant des mois, afin d'être prêt à intervenir au moindre symptôme de déciduome. L'hystérectomie reste alors la seule chance de salut.

Observation I

Môle vésiculaire de 1415 grammes. — Intoxication. — Hémorrhagies. Mort aussitôt après l'extraction. — (Clinique Baudelocque. 1899. Observation 105, rédigée par M. le Docteur Funck-Brentano, chef de clinique).

Elisa C..., 28 ans, couturière, née à Lorey (Doubs). Entrée le 8 février 1899, 2 heures 30 soir.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. Scarlatine à 15 ans.

Antécédents physiologiques. A marché à 14 mois, toujours bien. Réglée à 9 ans, régulièrement jusqu'à sa première grossesse, c'est-à-dire jusqu'à 16 ans, cinq grossesses antérieures, toutes du même père ;

1° Août 1887, à Meaux ; accouchement spontané, à terme, sommet, fille, nourrie au sein maternel jusqu'à 10 mois ; bien portante actuellement.

2° Février 1891, à la Maternité. Accouchement spontané, à terme, sommet, garçon ; nourri au sein maternel jusqu'à 14 mois ; mort à 4 ans 1/2 de méningite (?).

3° Février 1893, à la Maternité. Accouchement spontané, à terme, sommet, garçon; nourri au sein maternel jusqu'à 18 mois bien portant actuellement.

4° Février 1895, chez elle. Accouchement spontané à terme, sommet, fille, nourrie au sein maternel jusqu'à 13 mois ; bien portante actuellement.

5° Janvier 1897, chez elle. Accouchement spontané, à terme, sommet, fille, nourrie au sein maternel jusqu'à 14 mois ; bien portante actuellement.

Après chacun de ces accouchements, la femme a eu son retour de couches au bout de six semaines, son retour de règles après la fin de l'allaitement.

Bien réglée depuis son dernier accouchement ; parfois pertes blanches peu abondantes, quelques jours avant l'apparition des règles. Réglée en novembre, du 6 au 10 ; les règles reviennent en Décembre du 1er au 6. Elle font défaut le mois suivant. La femme se croit enceinte et fait remonter sa grossesse au début de décembre.

Elle est prise brusquement, le 25 janvier, d'une perte de sang assez abondante qui continue les jours suivants ; au bout de 5 jours, cet écoulement ne s'étant pas arrêté, elle va consulter une sage-femme qui lui prescrit des injections chaudes d'eau bouillie et lui conseille le repos. Les pertes persistent, quoique moins abondantes.

Le 6 février au matin, la femme en se levant est prise d'une syncope. Le soir, elle expulse de volumineux caillots. La sage-femme appelée les examine, ne trouve rien de particulier, donne une injection chaude, et conseille l'entrée à l'hôpital.

La femme arrive à la Clinique le 8 février, à 2 h. 30 du soir. Elle est affaiblie, se plaint de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de nausées. Température 37,6. — Pouls 92. Pas d'albumine. La perte est arrêtée. Le col est long, fermé. Le

fond de l'utérus déborde la symphyse de 5 centimètres. La palpation abdominale est un peu douloureuse. La femme, depuis le début de sa grossesse, n'a jamais présenté de troubles de la défécation, mais parfois de légères douleurs à la miction.

Le dimanche 12 février, la température s'étant élevée à 38°, cette femme est examinée à nouveau. Par la palpation, on trouve dans la région hypogastrique une tumeur arrondie, fluctuante, qui s'élève à 14 centimètres au-dessus de la symphyse, avec un diamètre transverse maximum de 20 centimètres ; tumeur médiane, qui s'étend cependant plus du côté gauche, jusque dans la fosse iliaque, où l'on sent un noyau dur et douloureux au palper. Le rectum est rempli de matières ; aussi les rapports du col avec la tumeur ne sont pas nettement reconnus par le toucher, et l'on pense à l'existence d'une grossesse exta-utérine, en raison de la présence perçue de deux tumeurs, une grande et une petite, et de la consistance, de l'immobilité qu'offre la plus volumineuse de ces tumeurs.

Le lendemain, cette hypothèse est abandonnée aprés un nouvel examen ; la tumeur hypogastrique n'est autre chose que le corps de l'utérus ; on le sent se contracter à plusieurs reprises. Comme les règles de décembre ont été beaucoup plus abondantes que de coutume, on pense qu'il s'agissait alors d'une perte de sang, que la grossesse existait déjà, et qu'elle est en réalité plus avancée que ne le pense la femme, ce qui expliquerait les dimensions de l'utérus.

La femme est restée au lit depuis ; elle n'a perdu que quelques gouttes de sang de temps à autre.

Le 28 février, elle exprime le désir de quitter bientôt le service.

Le 1er mars, à la suite d'une faible perte de sang, elle est examinée de nouveau. Le toucher ne fait constater aucune particularité du côté du col, qui est fermé. L'utérus déborde l'ombilic d'un travers de doigt environ. Durant la journée et la nuit suivante, la femme ne perd absolument rien.

Mais le 2 mars, à 6 h. 30 du matin, elle est prise d'une perte

de sang accompagnée de quelques douleurs. Le col présente une dilatation d'environ un franc. On pense à un avortement et on fait transporter la femme à la salle de travail. H. U. 27 centimètres. Température 37°9. Pouls 120. Une injection chaude arrête l'hémorrhagie qui se reproduit à 7 h. 45 et qu'une nouvelle injection chaude arrête de nouveau. L'aide sage-femme de garde, en pratiquant le toucher, croit sentir le placenta engagé dans l'orifice, mais ses doigts ramènent quelques vésicules : il s'agit d'une môle vésiculaire.

A 9 h. du matin, pouls 120, température 38.8.

A 9 h. 45, M. Pinard introduit un ballon Champetier moyen modèle. H. V, 27 cm ; pouls 110 à 120. Injection sous-cutanée de 1000 grammes de solution saline. La femme est mise la tête basse ; on lui fait prendre des grogs, respirer de l'oxygène, et on la réchauffe avec des boules chaudes. Léger suintement sanguin, que des tractions modérées sur le ballon suffisent à arrêter.

A midi, nouvelle injection de 500 grammes de solution saline, suivie de deux piqûres de caféine. H. V. 27 cm.

A 1 heure, le pouls, qui s'était momentanément ralenti, s'accélère à nouveau ; on fait encore une injection de 500 grammes de solution saline. H. V. 27 cm.

A 2 h. 30, l'état de la malade s'aggrave brusquement ; pouls 156, respiration 42, H. V. 27 cm. On fait des injections de caféine et d'éther. M. Pinard est prévenu par téléphone. La hauteur de l'utérus étant restée invariable, on pense à la possibilité d'une hémorrhagie intrapéritonéale et l'on prépare tout ce qu'il faut pour une laparatomie.

Le pouls monte à 168. A son arrivée, M. Pinard constate que si l'utérus n'a pas augmenté de hauteur, il s'est développé en largeur. Il retire le ballon, dont l'extraction est suivie de l'issue d'une très grande quantité de sang. Dilatation manuelle. La main introduite dans l'utérus ramène de nombreux débris de môle.

Pendant cette opération, on comprime l'aorte ; on pratique une injection de 1000 grammes de solution saline, des injections d'éther et de caféine, et, l'intervention terminée, on place la

femme la tête basse. Mais les battements aortiques diminuent, les respirations s'espacent, et malgré tous les soins (respiration artificielle, tractions de la langue, etc.) la malade meurt à 4 h. 30 du soir, 2 mars.

Examen post-morten. — On a dû se borner à l'ablation de l'utérus et des annexes par le vagin.

Utérus aplati, en forme de galette; hauteur : 19 cm; largeur au niveau de l'insertion des trompes : 15 cm; épaisseur : 3 cm. Tissu sain, pas de perforation; péritoine sain.

Ovaires gros, kistiques.

Pas de sang dans le péritoine.

Môle : 1415 grammes de vésicules, grosses pour la plupart comme une tête d'épingle; certaines atteignent les dimensions d'un grain de raisin ; quelques-unes sont 3 ou 4 fois plus volumineuses. Lambeaux membraneux épais d'environ 2 millimètres.

Observation II

Môle vésiculaire de 1600 grammes. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort avant l'expulsion. (Buscarlet, *Ann. de tocol.,* 1890).

Le lundi 25 août 1890, entre à l'hôpital Necker une malade âgée de 23 ans, envoyée par un médecin avec le diagnostic d'ascite albuminurique (?).

A 2 heures et demie de l'après-midi, nous sommes appelé pour cette femme qui avait été prise d'une métrorrhagie formidable ; son lit était couvert de caillots de sang ; elle était pâle, décolorée et lipothymique. En la découvrant nous sommes frappé par le volume de son ventre, qui est arrondi, saillant et non étalé comme dans l'ascite. Les membres inférieurs et les grandes lèvres, la paroi abdominale sont fortement infiltrés.

Nous pratiquons le toucher immédiatement, et nous trouvons un col ramolli, ayant gardé sa longueur, l'orifice externe ainsi que l'interne perméables et permettant de sentir dans la cavité

utérine une masse de consistance ferme, analogue à celle du placenta. Le doigt ne ramène aucun débris, pas de caillots, et à la suite d'une injection très chaude l'hémorrhagie s'arrête.

En palpant l'abdomen, nous trouvons qu'il est distendu par la présence d'une tumeur qui n'est autre que l'utérus augmenté de volume, dépassant l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Cet organe est tendu, assez ferme ; on ne distingue au palper aucune sensation qui rappelle celle d'un fœtus. Le toucher combiné au palper ne donne pas d'autres renseignements. Pas de bruit de cœur fœtal à l'auscultation.

L'hémorrhagie s'étant arrêtée, sans avoir eu recours au tamponnement que nous nous proposions de faire, nous interrogeons la malade. Elle nous apprend que son ventre n'a grossi que depuis quinze jours, rapidement ; ses règles n'ont jamais cessé ; au contraire, depuis un mois elle a eu des métrorrhagies répétées de plus en plus abondantes, surtout depuis 8 jours. Un médecin appelé a constaté la présence d'albumine dans les urines, a attribué le volume de son ventre à de l'ascite, l'a mise au régime lacté et lui a donné de l'ergotine.

Jamais elle n'a senti remuer, ses règles n'ont pas cessé, elle n'a pas vomi.

Cependant les seins sont augmentés de volume, les tubercules de Montgomery saillants, pigmentés, et à la pression il s'écoule du colostrum.

Flots d'albumine dans les urines. — Dans ses antécédents, nous trouvons deux grossesses antérieures datant, l'une de 3 ans 1/2 et l'autre de 18 mois.

Dans la soirée, sans qu'il y ait eu de nouvelle hémorrhagie, la malade perd connaissance, se refroidit de plus en plus, et, malgré les piqûres d'éther répétées, meurt.

Le toucher, pratiqué immédiatement avant la mort, permettait de constater que l'orifice interne n'était plus perméable.

Autopsie. — 27 août, 36 heures après la mort.

L'utérus a acquis le développement du septième mois de la grossesse. En l'incisant, on trouve d'abord une couche de

caillots brunâtres, consistants et anciens ; puis une masse de petites vésicules transparentes, la plupart grosses comme un pois, quelques-unes seulement comme de petites cerises. Elles remplissent toute la cavité utérine, mêlées à quelques caillots anciens, et forment une masse pesant 1600 grammes. Pas de trace de placenta normal, pas de fœtus, pas de cavité amniotique.

La surface interne de l'utérus est tapissée par une caduque dégénérée, fortement épaissie en certains points.

L'utérus et les annexes pèsent 1680 grammes. Les deux ovaires ont chacun le volume d'une grosse orange et sont atteints de dégénérescence kystique multiloculaire. Leur pédicule est très long (15 centimères environ).

Reins volumineux, blanchâtres, mous, fortement altérés (néphrite épithéliale).

Le cœur pèse 275 grammes et ne présente pas de lésion.

Poumons sains ; veine cave inférieure saine ; pas d'ascite, pas de sang dans le péritoine.

La mort est survenue aussi bien à la suite des lésions rénales que des hémorrhagies répétées. Si le diagnostic eut été fait plus tôt, il y aurait eu plus d'intérêt à vider l'utérus qu'à faire des injections d'ergotine.

Observation III

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorragies. — Mort 12 heures après la délivrance. (De la Motte. Tr. des acc. 1765, t. I, p. 84).

La femme d'un taillandier de cette ville m'envoya prier, le 7 mars de l'année 1692, de venir la voir. Je la trouvai presque sans poulx et dans une si grande foiblesse, qu'à peine me put-elle dire qu'elle se croyoit grosse de 5 à 6 mois, et que depuis 18 jours elle souffroit une continuelle perte de sang, qui avoit été assez légère dans le commencement, mais qui étoit devenue très-violente dans la suite ; et qu'enfin, lorsqu'elle se croyoit

guérie, et qu'il ne venoit plus que des sérosités roussâtres, elle empiroit de jour en jour d'une telle manière, qu'elle ne croyoit pas pouvoir soutenir son accouchement, s'il arrivoit. Comme les douleurs qu'elle ressentoit depuis le jour précédent lui en faisoient appréhender la suite, je m'assurai de tout ce qu'elle me dit.

J'examinai ces sérosités roussâtres qui paraissoient venir de quelques caillots de sang restés dans la matrice, ou des eaux qui coulent deux ou trois jours après les véritables eaux de l'enfant, et qui annoncent souvent sa mort ; et la touchant pour m'instruire de la cause de cet accident, elle tomba dans une totale perte de connoissance ; ce qui ne m'empêcha pas de reconnoitre qu'un corps étranger, comme une môle ou quelque autre corps de cette nature, produisoit ces accidens, sans qu'il y eût de véritable grossesse. Le pitoyable état où cette malade étoit réduite depuis tant de jours qu'elle souffroit, ne me permit pas d'en faire davantage, dans la crainte qu'elle n'expirât dans l'opération ; ce qui me fit dire à son mari que la grande perte de sang qu'elle avoit soufferte, et qui la réduisoit à la dernière extrémité, faisoit tout craindre, et ne laissoit aucune espérance pour sa vie. Je lui fis donner les Sacremens, et les choses nécessaires pour restaurer ses forces abattues ; après quoi, je la délivrai d'un corps étranger, gros comme les deux poings, qui étoit composé d'un nombre infini de vésicules attachées les unes aux autres par des membranes, et qui se tenoient ensemble comme un frai de grenouille. Elle se sentit d'abord très soulagée ; nonobstant cela, elle mourut 10 ou 12 heures après.

Observation IV

Môle vésiculaire de 1500 grammes. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort 18 heures après l'extraction. (Besson. *Ann. soc. de méd. Saint-Étienne*, 1861).

Mme X..., 32 ans, mère de 4 enfants, ayant en outre éprouvé 2 fausses couches, tempérament lymphatique, constitution

faible, a vu cesser ses règles au mois de novembre 1860 et a éprouvé tous les phénomènes ordinaires de l'état de grossesse jusqu'à la fin de décembre, époque où elle a commencé à perdre, à la suite d'un violent chagrin occasionné par la mort de l'un de ses enfants. Ces pertes se sont reproduites à plusieurs reprises jusqu'au 12 mars 1861, époque du dénouement fatal.

Le Dr Million, appelé dès le principe à donner des soins à cette malade, crut reconnaitre un état de grossesse et combattit l'hémorrhagie par le repos absolu, l'emploi des substances hémostatiques et des ferrugineux.

Vers la fin de février 1861, les accidents persistant, je fus appelé auprès de la malade et je la trouvai dans l'état suivant : face pâle, bouffie ; tissus décolorés ; extrémités infiltrées, les inférieures spécialement ; pouls petit, accéléré ; bruits du cœur éclatants ; respiration haute, gênée ; douleur sensible dans le côté gauche de la poitrine, sans que la percussion et l'auscultation dénotassent rien d'anormal dans le poumon ; langue blanche, saburrale ; appétit peu prononcé.

Le toucher vaginal faisait reconnaître le globe utérin, volumineux, et s'élevant jusqu'à l'ombilic. Au premier moment, la pression dénotait un état de mollesse de la matrice ; mais bientôt elle provoquait des douleurs de reins et des contractions de l'utérus qui prenait la forme globuleuse et devenait dur.

L'auscultation faisait entendre le souffle placentaire. La mère affirmait sentir depuis quelque temps les mouvements actifs, et cette affirmation m'a été plusieurs fois renouvelée.

Le Dr Bruny, appelé en consultation, apprécia les phénomènes déjà énoncés, crut produire par le toucher le ballottement et entendit distinctement le souffle placentaire. Il fut d'avis d'insister sur les moyens déjà employés par le Dr Million et par moi-même et conseilla de plus l'usage du perchlorure de fer à l'intérieur et en injections vaginales.

Quelques jours auparavant, j'avais été obligé de pratiquer des mouchetures aux grandes-lèvres, pour soulager la malade qui ne pouvait plus garder aucune position, à cause de l'infiltration

extraordinaire des membres inférieurs, et surtout des grandes lèvres.

Le 10 mars, la malade éprouva des douleurs de reins, des contractions utérines ; le col de la matrice commença à s'entr'ouvrir ; un corps allongé et mou s'était avancé dans l'ouverture du col et fuyait devant le doigt. Je crus à une portion de placenta décollée, ce qui me confirma dans la persuasion d'une grossesse avec insertion du placenta près du col de la matrice ; je comptai sur la continuation du travail d'expulsion de la nature, et j'attendis que le moment d'agir fut arrivé pour intervenir.

Le 12 mars, je fus appelé en toute hâte auprès de la malade que je trouvai décolorée, prenant des syncopes à chaque instant, les traits bouleversés, l'épouvante dans l'âme, exprimant le désir le plus vif d'être délivrée ; le pouls était très vite, presque imperceptible. Il venait de se produire une hémorrhagie, relativement faible, mais qui, survenue après plusieurs autres et après un suintement continuel, avait épuisé les forces de la malade.

Il n'était plus possible de retarder la délivrance. Avant d'agir, je réclamai l'assistance du Dr Bruny. Tous deux, nous fûmes d'avis d'agir immédiatement, nous réservant d'employer le tamponnement, en cas que cette tentative fût infructueuse.

La femme étant placée sur le bord de son lit, je procédai à l'introduction de la main dans la matrice. Cette introduction offrit les plus grandes difficultés et ne put réussir qu'après des tentatives répétées par mon confrère et par moi. L'ouverture du col permettait à peine l'introduction de deux doigts ; il était dur et tendu. Je fus obligé de le dilater progressivement et d'employer la force pour vaincre sa résistance. Enfin la main pénétra et, à mon grand étonnement, je rencontrai, au lieu d'un fœtus, une masse énorme d'hydatides, molles, flottantes, se déchirant à la moindre traction et adhérentes par plusieurs pédicules à la partie antérieure de la matrice. Afin d'éviter d'extraire par fractions cette masse hydatidaire, et surtout pour éviter d'introduire plusieurs fois la main dans l'utérus, je détachai successivement tous les points d'insertion,

puis je retirai la main, et à sa suite se précipita à flots toute cette masse divisée en nombreux fragments. Nous pûmes alors constater que ces pédicules étaient formés par les cotylédons du placenta dégénéré. La masse totale pouvait peser environ 1500 grammes.

La délivrance opérée, la femme fut placée sur son lit, et nous lui administrâmes la poudre de seigle ergoté pour prévenir le retour de l'hémorrhagie. La perte cessa, mais l'anxiété, les syncopes, la difficulté de la respiration continuèrent, et cette malheureuse femme expira après 18 heures d'angoisses, épuisée par la perte sanguine.

Observation V

Môle vésiculaire de 2 kilogrammes. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort 3 jours après l'expulsion. (Woodmann.) *In th. Domond*, p. 43).

E. H..., 24 ans, célibataire, domestique, fut admise le 4 avril (1865) à London Hospital avec de l'anasarque générale, notamment des extrémités inférieures, avec œdème pulmonaire, dyspnée et un peu de bronchite. Depuis le mois de décembre 1863 jusqu'au mois de février 1865, la patiente n'avait pas eu ses règles. Depuis février (6 semaines environ), elle a des hémorrhagies presque continues. Depuis l'apparition de ces hémorrhagies, la malade est un peu hydropique. Elle présente maintenant une tumeur abdominale égale à une grossesse de six mois. Elle se dit enceinte de trois mois et demi. L'auscultation reste négative. Urine rare : son poids spécifique est de 1020 environ.

Elle renferme une énorme quantité d'albumine.

Le 14 avril au matin, nouvelle hémorrhagie accompagnée de douleurs d'expulsion.

Le 15 au matin, expulsion partielle d'une môle. Le soir, expulsion de la môle. Poids 4 livres.

Le 16 et le 17, forte dyspnée, rétention d'urine. L'albumine a diminué.

Le 18, la malade mourut en syncope.

Observation VI

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort avant l'expulsion. (Couty. *Presse médicale*, 1897).

Le 9 mai, un confrère voisin fait, en mon absence, une première visite à Mlle D..., qui, depuis 48 heures, vomit tout ce qu'elle prend. Elle n'a jamais été malade antérieurement, mais souffre quelquefois de coliques, et rend dans les selles des anneaux de ténia ; mon confrère établissant une corrélation entre ces deux signes, me laisse comme diagnostic : « vomissements causés probablement par la présence d'un ténia. »

Le lendemain et les jours suivants, je revois Mlle D..., qui continue à vomir, malgré les moyens de traitement usités en pareil cas, et tous mis en œuvre. Agée de 20 ans, la malade jouit habituellement d'une bonne santé ; depuis l'âge de 14 ans, elle a toujours été bien réglée, mais n'a rien vu depuis six semaines ; elle croit à un simple retard, et se défend d'être enceinte, malgré un rapprochement sexuel qu'elle nous avoue avoir pratiqué aussitôt ses dernières règles. A la palpation de l'abdomen, qui est souple et normalement développé, il existe de la sensibilité à la pression au creux épigastrique, et, dans la région hypogastrique, une sensation de tuméfaction mal limitée dépassant à peine le pubis.

Le 13 mai et les jours qui suivent, la malade perd du sang et croit au retour de ses règles ; pour ma part, je pense à un avortement. Des letres anonymes ont été adressées dans ce sens-là à la gendarmerie qui fait une enquête sans résultat. La jeune fille, interrogée par nous, nie énergiquement toute tentative de ce genre ; d'ailleurs l'examen au spéculum ne révèle rien d'anor

mal ; au toucher, le col est fermé, non ramolli ; il a toute sa lon gueur. Rien dans le cul de-sac, si ce n'est à droite, où l'on trouve une vague sensation d'empâtement assez dur. Il n'existe pas de fièvre, et la température reste normale durant tout le cours de la maladie.

Pendant cette première quinzaine, la situation reste à peu près stationnaire : la malade ne souffre presque pas, dort une partie de la nuit, mais rejette infailliblement tout ce qu'elle essaie d'absorber ; elle perd du sang en petite quantité et d'une façon intermitente; le pouls faiblit et oscille entre 100 et 110 pulsations. Le ventre plus volumineux qu'au début, et peu ballonné présente de la sensibilité à la pression dans la région hypogastrique, où s'est développée une tumeur arrondie, qui fait saillie au-dessus du pubis, et qui doit être l'utérus.

Le 24 mai, un confrère de Soissons, appelé en consultation pour décider si une intervention opératoire ne serait pas opportune, hésite lui aussi, entre un avortement et une lésion inflammatoire du petit bassin encore mal localisée ; il conseille l'expectation : peut être trouvera-t-on bientôt dans un cul-de sac un point de fluctuation traçant la marche à suivre. Cependant les vomissements incoercibles persistent ; les hémorrhagies sont maintenant presque continues ; la malade s'affaiblit.

Dans les derniers jours du mois de mai, le ventre a augmenté de volume, à tel point que le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Le 4 juin, sur mon conseil, les parents se décident, après plusieurs jours d'hésitation, à transporter leur fille à l'hôpital de Soissons.

Le lendemain de son arrivée et les jours suivants, la malade peut supporter quelques aliments, et les hémorrhagies cessent.

Tout permet d'espérer que l'état général va s'améliorer et qu'on pourra alors tenter quelque intervention chirurgicale.

Le 9 juin, à la visite du matin, le médecin du service trouve Mademoiselle D... plus énergique et plus gaie ; elle se sent plus forte, le repas de midi est bon et bien toléré. A 4 heures du soir

survient une hémorrhagie utérine très abondante qui détermine une syncope. A 7 heures, le médecin la voit et la trouve dans un état alarmant : pouls à peine perceptible, respiration excessivement fréquente, refroidissement des extrémités, mais l'hémorrhagie a cessé. Malgré les injections de sérum artificiel, les injections d'éther, la malade ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — Utérus développé comme à 7 mois de grossesse et rempli par une môle très adhérente à la muqueuse dans toute son étendue.

Observation VII.

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagie interne. — Mort avant l'expulsion. (Fricker, *Memorabilien*, 1873, p. 3)

Femme B..., 33 ans, robuste et bien constituée; mariée à un homme beaucoup plus âgé; vivant dans de bonnes conditions : accouchée déjà deux fois, heureusement. A chaque grossesse, elle présenta des vomissements fréquents, qui persistaient pendant des mois et l'affaiblissaient considérablement. Pourtant après l'accouchement, elle se rétablissait toujours promptement.

Quelque temps avant la 3e grossesse, elle avait beaucoup d'embonpoint et offrait un aspect tout à fait florissant.

Au commencement de cette 3e grossesse, elle se portait bien ; mais dès le 2e mois réapparurent des vomissements opiniâtres qui résistèrent à tout traitement. Perte de l'appétit, dégoûts, constipation, amaigrissement, affaiblissement.

Bientôt il lui fut imposible de quitter le lit. L'utérus pendant ce temps s'accroissait graduellement. Un examen pratiqué quelques jours avant la mort montra que son fond s'élevait à trois travers de doigts au dessus de la symphyse. Utérus régulièrement arrondi, assez dur. Il est à noter que la femme, malgré tous ces signes indubitables de conception, manifesta à maintes reprises

des doutes sur son état de grossesse, sans donner aucun motif à cette hypothèse.

Cet état inquiétant durait depuis plus de trois mois, quand un matin, on me pria de me rendre au plus vite près de cette femme qui, disait-on, était au plus mal. Je fus bientôt chez elle et j'y trouvai l'image de l'effroi. D'une pâleur de cire, elle gisait, le pouls imperceptible, les extrémités glacées. Elle avait encore sa connaissance et elle me raconta d'une voix cassée que ses règles étaient revenues pendant la nuit et qu'elle avait bien compris qu'elle n'était pas enceinte. Dans le lit, je trouvai quelques gouttes de sang (le seul écoulement sanguin qui se soit produit durant toute la grossesse). L'utérus se montrait extraordinairement développé, surtout en largeur. Le fond s'élevait à mi-chemin de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, mou, dépressible et peu sensible. Il était impossible de mettre en doute une hémorrhagie qui s'était produite et se produisait encore dans la cavité utérine. Pendant l'examen, la femme eut des syncopes répétées ; elle perdit bientôt toute connaissance et mourut avant qu'il eut été possible d'instituer aucun traitement. Sur mes instantes prières, il me fut permis d'ouvrir l'hypogastre. Après l'incision de l'utérus suivant sa longueur, le contenu de sa vaste cavité offrit, je puis le dire, un aspect vraiment magnifique. Dans un sang noir, à demi coagulé, nageaient en grand nombre des vésicules de la grosseur d'un grain de chenevis à celle d'une fève, jaunes, brillantes, ambrées, diaphanes, unies entre elles par des filaments blanchâtres. Je dus en rester là de l'autopsie, le mari ne permettant pas un examen plus prolongé.

Observation VIII

Mole vésiculaire de quatre livres. — Phénomènes nerveux intenses. — Hémorrhagies. — Mort cinq jours après l'expulsion. (Brion. *Ann. Soc. de Méd., Montpellier*, 1814.)

Le jeudi 2 mai 1782, je fus appelé pour voir la nommée Jaugot, vinaigrière, rue de la Lune, qui se plaignoit d'une douleur pongitive dans le ventre, pour-lors très-élevé. Cette femme, âgée de 24 ans, avoit beaucoup souffert dans un accouchement, dix mois auparavant, souffrance qu'elle attribuoit, sans fondement peut-être, à la mal-adresse d'un opérateur qui avoit retourné son enfant, quoiqu'il se présentât très-bien, et qui l'avoit même rendue malade pendant plusieurs mois à la suite de cet accident.

J'examinai attentivement la malade, je palpai son ventre et reconnus une tumeur qui en remplissoit la capacité ; dure et irrégulière, elle se portoit sur-tout du côté droit et s'étendoit presque jusqu'à l'estomac ; elle couloit même, pour ainsi dire, d'un côté à l'autre, lorsque la malade se tournoit et portoit son ventre d'un et d'autre côté.

Les évacuations périodiques étoient suspendues depuis trois mois, et depuis quinze jours, elle avoit une légère perte de sang ; elle éprouvoit une espèce de tressaillement convulsif dans le ventre, qui avoit acquis en très-peu de temps un volume considérable. Le pouls participoit à cette espèce de convulsion, surtout lorsque l'agitation du ventre étoit très grande. La malade se plaignoit de douleurs vives aux mamelles, qui étoient gonflées, quoique l'on n'y observât pas de noirceur dans les aréoles, comme cela se découvre ordinairement dans les grossesses ; les urines ne couloient pas librement ; la malade éprouvoit même des douleurs considérables en urinant et les jambes étoient œdémateuses.

A la première inspection, je soupçonnai d'abord une obstruction à la matrice et un corps étranger qui y étoit contenu ; mais

de quelle nature étoit-il ? On ne devoit pas soupçonner une môle, qu'on pense ne se former ordinairement que dans la matrice des femmes qui ont atteint l'âge d'environ 40 ans et qui ont fait un grand nombre d'enfants ; d'ailleurs, il y avoit lieu de croire que le corps étranger étoit le produit de la conception, puisque les règles avoient été arrêtées depuis trois mois et que les mamelles étoient gorgées. Dans un cas aussi épineux, je demandai l'avis d'un confrère. On appela M. le docteur d'Ivoiri, de Montpellier. J'avois en attendant son arrivée, prescrit des lavemens et des fomentations émolliens ; dans les boissons de même qualité, j'avois fait entrer les semences de lin en nouet, et je portai un pronostic peu favorable sur la terminaison de la maladie.

Le jour même, nous nous rendimes auprès de la malade. Nous aperçûmes au toucher le col de la matrice très-élevé, raccourci et un peu ouvert, quoique dur. Cet état du col, combiné avec le peu de fermeté et de résistance qu'opposoit le corps étranger, lorsqu'on le soulevoit en mettant le doigt dans le vagin, tandis qu'avec l'autre main sur le ventre on embrassoit le corps étranger, que l'on faisoit mouvoir ; cet état du col de la matrice, dis-je, joint aux symptômes ci-dessus décrits, ne nous donna pas lieu de douter de l'existence d'un produit de la conception, sans pouvoir assurer que ce fût une môle vésiculaire, qui est la plus rare en même temps qu'elle est la plus dangereuse.

Le 3 mai, continuation des mêmes symptômes, à cette différence que la tumeur prenoit un accroissement plus considérable ; continuation des mêmes remèdes émolliens, auxquels nous ajoutâmes les injections de mucilage de graine de lin pour lubrifier et ramollir le col de la matrice. On ne pouvoit employer d'autres moyens ; il falloit attendre le travail de la nature.

Le 4 dans la matinée, la malade souffroit davantage et la tumeur avoit pris un tel accroissement, qu'elle touchoit les côtes, au point que l'estomac étoit entièrement repoussé dans la poitrine.

Cependant, les douleurs augmentèrent peu à peu dans l'après-dinée, ainsi que la dilatation du col de l'utérus. Vers les 10 heures du soir, on me fit prier de me rendre sur le champ auprès de la malade, qui souffroit cruellement : je fus à peine arrivé auprès d'elle, qu'il s'écoula de la matrice une quantité de sang très-considérable; le pouls étoit alors d'une foiblesse extrême, le visage décoloré. On couche la malade, et je cherche à étancher le sang, en faisant sur l'abdomen des applications de linge imbibé d'oxicrat. La perte diminue en effet, après s'être soutenue pendant près d'une heure.

Alors en touchant la malade, j'observe le col de la matrice beaucoup plus dilaté, dur encore et un corps mollasse qui se présentoit à l'orifice. Ce corps, qui au toucher faisoit éprouver une sensation semblable à celle d'un placenta, je la jugeai être une môle à grappes, ou vésiculaire. Que faire alors ? il falloit attendre de plus fortes douleurs pour l'expulsion du corps étranger. Elles continuèrent en effet dans la nuit, et la malade fut délivrée le 5, vers les 5 heures du soir. Ce fut alors que l'hémorrhagie fut très-abondante. J'aperçus donc un corps mollasse, d'un volume prodigieux, pesant environ 4 livres; ce corps étoit disposé en grappes de raisin; les vésicules étoient liées les unes aux autres par des filets plus ou moins longs et plus ou moins forts; la partie supérieure de cette môle étoit hémisphérique, mêlée de vésicules et de sang concret massif, spécifiquement plus pesant que le reste de ce corps. C'est dans cette partie qu'il adhèroit primitivement à l'utérus, à la manière des placentas.

Toute cette masse vésiculaire ne sortit point à la fois; 1 ou 2 heures après, la matrice en expulsa encore quelques portions, et toujours avec hémorrhagie qui se renouvela plusieurs fois dans la journée. La matrice enfin purgée et débarrassée de ce corps étranger revint peu à peu sur elle-même. Depuis ce temps, la malade excédée de veilles et de douleurs, tomba dans un affaissement et un assoupissement très considérables, d'où je fus obligé de la tirer par une application de moutarde sous la plante

des pieds ; elle revint en effet à elle-même et se trouva for bien durant quelque temps.

Cependant le pouls étoit tremblotant et comme défaillant à raison des pertes de sang qui avoient été excessives ; d'un autre côté le ventre étoit très douloureux. Pour remplir toutes les indications qui se présentoient alors, je prescrivis une potion cordiale à la cuiller ; je fis réitérer les fomentations, les lavemens émolliens et les boissons avec la semence de lin : car la malade urinoit très peu. Par l'usage de ces secours, elle ne put être absolument tranquillisée ; les calmans les plus efficaces, les narcotiques même ne purent la faire reposer ; il se fit un transport au cerveau, qui ne lui permettoit pas même de faire connoitre le siége de son mal ; elle réponditseulement, lorsque je la questionnai, et lui demandai quelle partie lui faisoit mal, elle répondit, dis-je, qu'elle souffroit de tout son corps et qu'elle étoit enragée; elle n'avoit, en effet, de repos qu'en raison des narcotiques dont j'avois fait augmenter la dose ; encore ce repos étoit-il momentané ; bientôt après, elle souffroit de nouveau et poussoit des cris affreux ; elle succomba enfin à ses maux le 10 mai 1782.

Il eût été, sans doute, fort-intéressant de faire l'ouverture du cadavre, à laquelle cependant les parens ne voulurent jamais consentir, par un préjugé aussi ridicule, que nuisible aux progrès de l'art.

Observation IX

Môle vésiculaire volumineuse. — Intoxication. — Mort. (Depaul. *Mem. soc. de biologie*, 1853).

M. Depaul met sous les yeux de la société des pièces qu'il doit à l'obligeance de M. le Dr Pajot et dont l'observation présente un cas de môle hydatiforme expulsée à plusieurs reprises, dans les derniers temps de la vie, par une jeune femme d'une vingtaine d'années, enceinte, pour la 2e fois, de 3 mois 1/2 environ, et chez laquelle le ventre s'était développé comme dans

une grossesse de 9 mois, avec œdème des extrémités inférieures, douleurs abdominales, dyspnée, émaciation et agitation continuelle. Le ventre donnait une fluctuation nette. On pensa d'abord à l'existence d'un kyste de l'ovaire ; mais le col, modifié comme il l'est à 8 mois chez une multipare, indiqua bientôt que la collection de liquide était dans l'utérus. Les accidents de dyspnée augmentant, on fit pénétrer une sonde de gomme élastique dans la matrice. Il en est sorti du sang veineux pur en assez grande quantité. L'ergot de seigle (2 gr. en 6 paquets) provoqua l'expulsion, à plusieurs reprises, de plus de trois bocaux semblables de masses hydatiformes.

La malade ayant succombé, l'autopsie n'a pu être faite.

Observation X

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Mort quelques jours après l'expulsion. (Malichecq. *Gaz. des Hôp.*, 1866).

Femme de 26 ans, multipare; grossesse présumée. Cette femme eut l'estomac très dérangé et des vomissements pour ainsi dire incoercibles. Lorsqu'un travail semblable à celui d'un avortement eut amené l'expulsion des hydatides, qui se fit en masse, la malade resta si épuisée, qu'elle succomba quelques jours après.

Observation XI

Môle vésiculaire embryonnée. — Intoxication. — Mort par œdème pulmonaire et glottique peu de temps après l'expulsion. (Schuhl. *In th. Domond*, p. 29).

Une femme de 32 ans, d'une bonne santé antérieure, ayant eu 4 accouchements normaux, fut observée par Runge au 4e mois de la 5e grossesse. Depuis trois semaines : œdème des jambes, urine peu abondante, toux, expectoration sanguinolente ; actuellement œdème des membres inférieurs et de la face. Les urines

rares (densité 1020) contiennent une grande quantité d'albumine, de nombreux globules blancs, quelques globules rouges et des cylindres granuleux. Hypertrophie du ventricule gauche, un peu d'œdème pulmonaire. Le diagnostic établi par Runge fut : dégénérescence partielle myxomateuse du chorion. L'expulsion de l'œuf confirma peu de temps après ce diagnostic. Le fœtus avait une longueur de 15 centimètres ; le placenta était le siège d'une dégénérescence myxomateuse des villosités choriales. La femme mourut peu de temps après l'accouchement par suite d'œdème des poumons et de la glotte. A l'autopsie, on constata une néphrite parenchymateuse, une hypertrophie du ventricule gauche, hydrothorax léger, œdème pulmonaire intense, œdème de la glotte. Les deux ovaires avaient chacun le volume d'un œuf de poule et contenaient plusieurs kystes transparents.

Observation XII

Môle vésiculaire. — Hémorrhagies. — Mort avant l'expulsion.
(Lamœstre. *Bull. Soc. anat.*, *Paris*, 1846.)

M. Lamœstre montre un utérus contenant une môle hydatique assez considérable, provenant d'une femme de 27 ans, morte à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne. Cette femme n'avait jamais joui d'une bonne santé ; elle était toujours mal réglée. Elle avait eu déjà deux enfants, le dernier il y a 20 mois et tous les deux sont morts depuis trois mois. Lors de son entrée à l'hôpital, elle n'était pas réglée et il y avait trois semaines que le ventre avait commencé à grossir rapidement, de manière à acquérir le volume du ventre d'une femme enceinte de 8 mois ; pendant les 15 derniers jours de ces trois mois, la malade avait été prise de pertes de sang et de coliques. Parfois les seins devenaient volumineux et durs. Lors de son entrée, elle présentait assez de signes de grossesse pour qu'on se crût fondé à l'admettre ; l'utérus était volumineux et rond, placé dans l'abdomen. Le col utérin, difficile à atteindre parce qu'il était très remonté, était un peu entr'ouvert. On a pratiqué une

saignée qui a diminué les pertes provisoirement. Mais, dans la nuit, il est arrivé un écoulement de sang tellement considérable que la malade, profondément affaiblie, est morte le lendemain.

A l'autopsie, l'utérus, volumineux, a une circonférence transversale de 60 centimètres et une circonférence verticale de 66 centimètres. Il présente à l'extérieur le développement, l'aspect musculaire et les autres caractères de l'utérus dans la grossesse. Les sinus utérins sont bien développés. La face interne de l'utérus est lisse, excepté dans un endroit de 7 à 8 centimètres de diamètre, où elle présente des éraillures s'enfonçant entre des muscles et des ouvertures vasculaires absolument semblables à celles qu'on trouve d'habitude sur l'utérus après le décollement du placenta. La cavité utérine est en grande partie occupée par une môle hydatique libre, dans laquelle l'examen le plus superficiel montre comme éléments les plus essentiels les éléments bien positifs d'un placenta. Ces éléments sont dissociés plus ou moins et entremêlés d'un grand nombre de cavités que limite une membrane transparente, molle et très fine, comparable par sa nature à une caduque très mince. Ces cavités sont incomplètement remplies d'un liquide séreux, légèrement visqueux, analogue au liquide amniotique. Il est difficile d'isoler quelques-uns de ces kystes, à cause de leur mollesse et parce que leur extérieur se continue intimement avec le tissu séreux qui entre dans les éléments du placenta. Toute la môle est entourée d'une lame très mince, cellulo-séreuse et transparente.

Observation XIII

Môle vésiculaire énorme. — Hémorrhagies. — Transfusion. — Mort avant l'expulsion. (Gruoerer. *Mémorabilien.* 1873, p. 7).

Femme X..., 32 ans, très grande et forte, accouchée heureusement 9 mois auparavant. Par un sentiment de pudeur mal placée, elle se cachait, depuis 4 semaines, d'une perte sanguine

qui, bien que faible, n'en avait pas moins amené un état d'anémie assez avancée, que Gfrœrer constata à sa première visite. A ce moment, même, de crainte d'un examen, elle n'avoua pas cette perte. Mais deux jours après environ, une soudaine et violente hémorrhagie se produisit. Elle l'eût encore cachée si ses parents ne s'étaient pas nettement aperçus de sa faiblesse. A l'arrivée de Gfrœrer, elle était déjà absolument exsangue. Un examen pratiqué aussitôt montra que l'utérus avait les mêmes dimensions qu'à 5 ou 6 mois de grossesse. Dans l'orifice du col on pouvait introduire un doigt, et l'on sentait nettement quelques villosités qui engagèrent Gfrœrer à poser le diagnostic de môle en grappe. Vu l'extraordinaire faiblesse de la femme et l'étroitesse de l'orifice utérin, on ne pouvait songer pour le moment à l'extraction de la môle. On fit un tamponnement et, avec l'assistance d'un second médecin, la transfusion du sang fut pratiquée. Mais on ne tira malheureusement de cette intervention aucun bénéfice, car la malade succomba bientôt après, sans avoir présenté de nouvelle perte de sang.

A l'autopsie, on trouva un môle en grappe colossale.

Observation XIV

Môle vésiculaire. — Hémorrhagies. — Transfusion. — Mort avant l'expulsion. (Kast. *Memorabilien*, 1873, p. 23.)

Femme de 40 ans, en état de déchéance physiologique complète à la suite d'accouchements nombreux, d'allaitements prolongés et de misère. Dernier accouchement datant de trois ans. Règles revenues en temps habituel et toujours normales, sauf sept semaines avant la fausse couche. Les règles qui arrivèrent à cette époque continuèrent presque sans interruption jusqu'à la catastrophe ; l'écoulement fut particulièrement abondant quatre semaines après le début, diminua un peu pendant les trois semaines suivantes et se transforma enfin en une véritable hémorrhagie, avec violentes douleurs. Les essais d'extirpa-

tion de la môle, faits par le médecin, ne furent pas couronnés de succès. Il ne réussit qu'à en arracher quelques lambeaux, et la malade succomba à l'hémorrhagie, malgré la transfusion.

A l'examen, pendant la vie, on avait perçu le fond de l'utérus sous la forme d'une tumeur régulière, arrondie, mobile, élastique et presque fluctuante, qui s'élevait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'orifice cervical, de la dimension d'un demi-gulden, était fortement dévié en haut et en arrière; la cavité vaginale était vide; les lèvres de l'orifice du col formaient un bourrelet dilatable. Le doigt conduit dans l'orifice percevait dans l'utérus un tissu presque mou, inégal, tomenteux, solidement uni à la paroi; l'extrémité du doigt ne pouvait le circonscrire.

A *l'autopsie,* on trouva un kyste de l'ovaire droit; à travers l'incision, on put voir la production intra-utérine, grosse environ comme le poing, encore attachée à la paroi antérieure; elle apparut sous la forme d'une masse déchiquetée, formée de cordons de tissu cellulaire et d'un feutrage de vésicules.

Tissu utérin sain.

Observation XV

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Cachexie rapide. — Mort avant l'expulsion. — Altération de la paroi. (M. Gérard-Marchant. *In. th. Ouvry*, p. 77.)

V. E..., 20 ans, entre le 31 octobre 1895, dans le service de M. Gérard-Marchant, salle Richard Wallace, 14, à l'hôpital Tenon.

Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans, la malade assure avoir été toujours bien réglée. Sa dernière menstruation date de 8 jours, mais celle-ci a été brusquement interrompue à la suite d'un coup de pied reçu sur le ventre. Depuis 48 heures, la malade a des vomissements incessants. Ce sont ces vomissements, et des douleurs abdominales qu'elle ressent depuis son traumatisme, qui déterminent la malade à entrer à l'hôpital. Son

aspect anémié, presque cachectique, frappe tout d'abord. Paraissant absolument hébétée, elle répond fort mal aux questions qu'on lui pose.

1er novembre. — On sent dans l'abdomen une tumeur sus-pubienne remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur n'est pas absolument médiane, mais un peu inclinée à droite. Elle est molle, n'a pas une forme ronde, globuleuse, mais paraît plutôt aplatie d'avant en arrière. Nullement douloureuse à la pression. Le col n'est pas ramolli. On ne perçoit pas les annexes. Les seins sont développés, tubercules de Montgomery ; pas de colostrum.

Du 19 au 24 novembre. à l'époque qui correspond aux règles, la malade perd du sang. Malgré les différents traitements institués, les vomissements incoercibles persistent.

20. — M. Champetier de Ribes, appelé à voir la malade, constate une tumeur excessivement molle, le col utérin lui paraît complètement indépendant de la masse.

1er décembre. — La tumeur semble avoir diminué de volume; elle remontait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; actuellement, elle arrive à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Les vomissements incoercibles, l'affaiblissement de la malade, le non-développement de la tumeur pendant quatre semaines et même son retrait, engagent à intervenir.

Laparatomie le 2 décembre.— M. Gérard Marchant constate un utérus du volume des deux poings, en forme de galette plate, pâle ; sa palpation ne permet pas de reconnaître de parties fœtales. Sa dépressibilité est très accusée. L'abdomen est renfermé.

Après cette laparatomie exploratrice, les vomissements cessent ; légère hémorrhagie utérine le second jour. La malade ne sort pas de cet état d'hébétude et de prostration qui existaient avant l'intervention. Cet état s'accentue, même les jours suivants. Son teint est terreux.

9. —La malade succombe sans avoir présenté aucun phéno-

mène de péritonite, sans avoir eu d'élévation thermique, n'ayant accusé aucune douleur abdominale.

Autopsie. — Rien dans le péritoine, ni dans les organes, pouvant expliquer la mort.

L'aspect de l'utérus est tel qu'il a été vu au cours de l'opération. Sa cavité est remplie dans sa moitié supérieure par une môle vésiculaire du volume du poing et dans sa moitié inférieure par des caillots.

Les vésicules les plus grosses ont le volume d'un grain de groseille, et sont vers le fond utérin en connexion intime avec la paroi utérine qui est mince.

Observation XVI

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Pénétration de la paroi. — Mort avant l'expulsion complète. (Pelvet). *Bull. soc. anat. Paris*, 1863).

M. Pelvet présente une môle vésiculaire de l'utérus, expulsée par une femme de 28 ans, qui avait eu déjà 8 grossesses toutes terminées à deux mois et demi, sans cause connue, par des fausses couches. Au mois de février dernier, elle avait cessé depuis deux mois d'être réglée et se croyait enceinte, lorsqu'elle fut prise de pertes abondantes. Elle ignore toutefois si elle rendit alors des caillots ou quelque chose d'analogue au produit de la conception. Cependant le ventre continua à se développer, quoique les menstrues se reproduisissent à leur époque habituelle. Au mois de juin, elles furent supprimées de nouveau, et la malade ressentit des envies de vomir. En août, une métrorrhagie eut lieu ; à cette époque, les vomissements avaient succédé aux nausées, et ils étaient fréquents. Les aliments n'étaient pas supportés. Il y avait une leucorrhée abondante.

Lorsque cette femme entra le 28 août à St Louis, dans le service de M. Lailler, on sentit dans l'abdomen une tumeur formée par l'utérus qui s'élevait jusqu'au niveau de l'ombilic et

qu'il était facile de limiter par la percussion. Il était mou et donnait la sensation d'une vessie fortement distendue par du liquide. Au toucher, le col était ramolli et entr'ouvert. L'examen au spéculum ne démontra rien de particulier.

On chercha à combattre les vomissements par l'eau de Vichy, l'eau de chaux et l'extrait thébaïque. Mais on ne put empêcher leur prompt retour. Plusieurs hémorrhagies utérines eurent successivement lieu. Enfin dans la journée du 15 septembre, des caillots de sang accompagnés d'un grand nombre de petits kystes furent rejetés par le vagin. La mort eut lieu dans la nuit du 15 au 16.

Autopsie.— L'utérus remontait à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il était pâle et médiocrement distendu. Sa forme était globuleuse. Sa dimension transversale, d'une trompe à l'autre, était de 22 cm. Par l'orifice du col, en partie effacé, pâle, non variqueux, et du diamètre d'une pièce de 5 francs, pendait une grappe de vésicules analogues à celles qui avaient été rendues pendant la vie. L'utérus, largement ouvert, était rempli par une masse hydatiforme, constituée par de longs chapelets de vésicules couchées sur ses parois. Aucun liquide ne se trouvait dans cette cavité ; on n'y voyait que des caillots de sang mêlés aux vésicules. Ces dernières étaient fixées à la face interne de l'utérus par une de leurs extrémités. Les renflements terminaux étaient en effet logés dans autant de petites cavités, creusées probablement dans la muqueuse, et dont on les arrachait assez facilement. A la face postérieure de l'organe, entre les orifices des trompes, sur une surface de 15 cm. de diamètre, on voyait un caillot accolé à la paroi interne et s'y rattachant intimement dans une portion de son étendue. Il formait avec les vésicules un magma spongieux.

Observation XVII

Môle vésiculaire. — Hémorrhagies. — Pénétration de la paroi. — Mort avant l'expulsion complète. (Jarotzky et Waldeyer. *Memorabilien* 1873, p. 20).

Femme mariée, 36 ans, chez laquelle un rétrécissement rachitique avait nécessité par trois fois l'accouchement prématuré, avec application de forceps ; chaque fois aussi elle avait été délivrée artificiellement, par suite d'adhérences anormales solides du placenta. Après un avortement au cinquième mois, elle se plaignit d'une perte de sang continue par les organes génitaux, perte qui céda à des injections vaginales, mais fut remplacée par un écoulement abondant et nauséabond. Une forte perte se produisit de nouveau plus de 3 mois après : femme très anémiée. La sage femme recueillit, au milieu des caillots, un plein vase de corpuscules, de la grosseur des grains de sagou, blanchâtres, réunis les uns aux autres par un tissu lâche se déchirant facilement. Malgré l'administration d'analeptiques, la femme mourut.

A l'autopsie, on trouva dans les ovaires plusieurs kystes de la grosseur d'une noix. La plus grande partie de l'utérus était remarquable par sa diminution d'épaisseur, comparée à celle d'un utérus gravide. On ne put retrouver les ostia uterina. La cavité utérine était presque entièrement remplie par une môle vésiculaire. La paroi du fond était considérablement amincie (1 mm.). La moitié droite de la môle ne s'enlevait que difficilement, parce qu'un grand nombre de vésicules pénétraient dans l'épaisseur même de la paroi. La surface interne de l'utérus présentait pour cette raison l'aspect de la surface interne du cœur, avec cette différence que la charpente était plus déchiquetée, plus tomenteuse, plus anfractueuse. Les grappes molaires pénétraient dans tous les orifices lacunaires et de là profondément dans le parenchyme utérin. Ces ramifications conduisaient finalement dans d'importants vaisseaux veineux,

que l'on pouvait suivre jusqu'aux bords latéraux de l'utérus. Seule une bande de 10 centimètres de long sur 2 centimètres de large présentait du tissu décidual normal.

Observation XVIII

Môle vésiculaire intrapariétale. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort avant l'expulsion. (Volkmann. *Memorabilien* 1873, p. 18).

Femme W. E..., 46 ans, mariée depuis 21 ans ; accouchée de 8 enfants bien portants ; dernier accouchement en janvier 1861. Elle prétend avoir présenté souvent de la leucorrhée depuis sa jeunesse ; pourtant la menstruation a toujours été régulière.

En mai 1864, les règles manquèrent ; la femme eut des vomissements, du dégoût des aliments, et se crut enceinte.

Cependant au bout de 4 à 5 semaines se produisit une perte sanguine peu abondante qui dura plusieurs jours ; elle fut accompagnée de fréquentes et vives douleurs dans le bas-ventre, en même temps que d'un affaiblissement profond et d'un amaigrissement marqué ; à tel point que la malade, qui, dans le cours de ses grossesses antérieures, n'avait jamais éprouvé de tels phénomènes, en vint à douter de son hypothèse. Toutefois l'abdomen grossissait nettement.

Vers le 15 juillet, perte sanguine très abondante, qui persiste pendant 15 jours, jointes à de violentes coliques utérines ; apparition consécutive d'un œdème des pieds. 8 jours environ après l'arrêt de la perte, dans la première semaine d'août, apparurent d'abord un écoulement muco-sanguinolent peu abondant, puis de nouvelles métrorrhagies profuses qui continuèrent sans interruption environ 12 semaines, jusqu'à la mort de la malade.

Il s'écoulait du sang pur, liquide, des caillots épais et un liquide plus séreux. En même temps, la malade éprouvait de violentes douleurs presque continues, qui irradiaient de l'hypogastre vers les lombes et les aines. La femme, qui déclinait de

plus en plus, et qui avait renoncé à son idée de grossesse, se fit traiter inutilement par divers médecins. La plupart pensèrent à un polype intra utérin, bien que la marche de l'affection indiquât plutôt la rétention d'un œuf qu'un néoplasme. Depuis 15 jours environ, l'affaiblissement et l'anémie avaient atteint un tel degré, que la malade était à peine capable de faire un éger mouvement.

Par l'exploration manuelle, on sentait l'orifice du col très mou et très flasque, et assez ouvert pour permettre l'introduction facile de l'index dans la cavité utérine ; on la trouvait remplie par une masse d'une mollesse particulière, tomenteuse.

J'introduisis une pince à polypes recourbée et j'arrachai quelques fragments que je portai sous le microscope.

La première préparation suffit pour affirmer le diagnostic avec une certitude absolue. Description..... Il s'agissait d'une môle hydatique. Mais s'il ne subsistait aucun doute sur l'exactitude du diagnostic d'autre part l'énorme degré de faiblesse et d'anémie de la patient contrindiquait toute intervention opératoire capable d'amener l'écoulement de deux onces de sang. L'issue fatale était manifestement inévitable. Aussi je me bornai à prescrire quelques analeptiques et des injections d'eau glacée additionnée de perchlorure de fer. La mort survint 2 jours après.

Autopsie. — L'utérus avait environ le volume de la tête d'un enfant d'un an, et une forme presque sphérique. Pourtant sa surface n'était pas partout uniformément lisse, et notamment sur le côté gauche du fond, présentait des bosselures de différentes grosseurs, très superficielles, et l'on voyait à plusieurs endroits, comme dans un rein atteint de dégénérescence kystique, des espaces d'une transparence parfaite, de la largeur d'un grain de chènevis ou d'un pois, qui brillaient à travers la couche péritonéale saine.

Les trompes s'inséraient toutes les deux sur le bord droit de l'utérus. Ce dernier était rempli par un môle hydatique compo

sée d'un millier de boules transparentes comme du cristal, avec un épanchement de sang liquide dans les interstices. La môle ne siégait pourtant pas dans la cavité utérine même, mais dans l'épaisseur de la paroi; seule une très petite portion s'avançait dans la cavité. Les vésicules avaient pénétré le tissu utérin dans les directions les plus diverses et si complétement qu'en plusieurs endroits elles arrivaient immédiatement sous le péritoine. Certaines parties de la tumeur n'étaient séparées de la cavité péritonéale que par une couche de l'épaisseur d'une feuille de papier et l'affection prenait un caractère d'autant plus destructeur que l'utérus présentait un degré très marqué d'hypertrophie puerpérale et d'épaississement. Enfin on pouvait constater avec certitude que les dernières expansions de la môle pénétraient dans l'intérieur des veines utérines dilatées.

On ne trouva pas de fœtus. Ovaires normaux.

Observation XIX

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Destruction de la paroi — Perforation — Mort 1 heure après l'extraction. (CHAMPETIER DE RIBES. *In th. Ouvry* p. 79).

B..., 37 ans, est admise le 21 Mars 1896, à la Maternité de Tenon.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que sa mère est morte à 63 ans d'une tumeur abdominale.

Réglée à 17 ans, la malade a eu sept grossesses. La première, à 29 ans, s'est terminée par une fausse couche de 3 mois. A la seconde et aux deux dernières — avril 1894 et mai 1895 — elle a accouché à terme d'enfants morts. La 4e grossesse était gémellaire; les enfants nés à 7 mois ne vécurent que peu de jours. Deux couches normales avec enfants vivants.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, la malade, qui se croit enceinte à nouveau, glisse et, dans sa chute, son ventre vient porter contre l'angle d'un trottoir. A partir de ce moment, elle se

plaint de douleurs abdominales, et constate que son ventre est plus gros et dur.

A l'examen, on trouve un utérus de volume moyen, mais d'une dureté ligneuse et dans lequel il est impossible de sentir aucune partie fœtale. Le fond utérin remonte à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic.

A l'auscultation, on entend un souffle dans toute l'étendue de l'utérus, mais pas de bruits fœtaux. Le col est dur et fermé. Œdème généralisé, surtout marqué à la paroi abdominale. Albuminurie en petite quantité. Bruit de galop. Rien aux poumons. Pouls 110, temp. 37°.

La malade a eu son retour de couches le 16 juin 1895 et n'a pas été réglée depuis. Elle n'a du reste aucun écoulement, ni séreux, ni sanguinolent. Malgré la date de sa dernière menstruation, la malade ne se croit enceinte que de 3 mois et dit éprouver les mêmes sensations que pendant sa grossesse gémellaire.

On porte le diagnostic d'hémorrhagie inter-utéroplacentaire. On ordonne le régime lacté et le repos absolu.

Le 22 mars. — Vomissements et douleurs sourdes dans le ventre.

Le 23. — Hémorrhagie assez forte à la suite d'un toucher intra-cervical.

Le 24. — Les douleurs abdominales sont moins vives. L'œdème a notablement diminué. L'utérus est toujours aussi dur. Même état les jours suivants.

Le 31. — Hémorrhagie d'environ 400 grammes à 11 heures du soir. On place le ballon qui arrête l'hémorrhagie.

Le 1er *avril*. — La malade, après l'application du ballon, accuse quelques douleurs, et à 1 heure du matin on observe une dilatation de un franc, puis les douleurs se calment à 10 heures du matin. Malgré les manœuvres exercées sur le ballon, la dilatation avance peu. Le col reste très dur.

M. Champetier de Ribes pratique la dilatation rapide à 10 h. 12. Le ballon est expulsé en même temps qu'un flot de sang. La main

introduite dans l'utérus constate la présence d'une môle qui est évacuée rapidement. Puis curettage manuel, et comme l'hémorrhagie continue abondante, la cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée. La malade est pâle, ses extrémités sont froides. Immédiatement injection de 500 grammes de sérum. Vomissement bilieux. Injections de caféine et d'éther. Pouls petit, rapide.

11 h. 1/2, pouls de plus en plus faible. On pratique une injection intra-veineuse de 350 grammes de sérum, au cours de laquelle la malade meurt.

Autopsie. — 28 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on constate une assez grande quantité de sang épanché dans le péritoine, et en outre quelques vésicules. On voit à la face postérieure de l'utérus un tampon de gaze iodoformée, gros comme une noix, faire hernie. L'utérus a le volume d'une tête d'enfant. Il est désinséré, et fendu sur sa face antérieure. La perforation siège à 3 cent. 1/2 au-dessus de l'orifice interne, et a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Du pourtour de la perforation part une déchirure longue de 2 centimètres et se dirigeant en bas, mais qui n'intéresse que la paroi musculaire, le péritoine étant intact à ce niveau. La perforation est située a la partie inférieure d'une surface de 40 centimètres de pourtour (transversalement 13 cent., 12 cent. de haut en bas), au niveau de laquelle la paroi est excessivement mince, et principalement autour de l'orifice de perforation. Regardée à contre jour, elle laisse passer la lumière. La paroi utérine a été déchirée au moment de la dilatation forcée ou lors du tamponnement. L'hémorrhagie interne s'est produite en effet pendant ces manœuvres. Le peu d'épaisseur de la paroi postérieure, détruite par la môle, explique qu'elle ait opposé une faible résistance à la moindre compression, et que le ballon ou le tamponnement l'ait fait éclater.

L'autopsie a encore montré un kyste du volume d'une mandarine dans le ligament large gauche. Absence du rein gauche. Rein droit volumineux, en situation normale. Le bassinet est

rempli d'une sérosité louche. Le foie est pâle, de volume normal La vésicule contient un volumineux calcul.

Cœur hypertrophié. Rien dans les poumons. Thymus très développé, poids 30 grammes.

Observation XX (1)

Môle vésiculaire. — Douleurs violentes. — Hémorrhagie interne. — Pénétration de la paroi. — Perforation. — Mort avant l'expulsion. (Wilton, *Lancet. London*. 1840).

Marthe Michel, 37 ans, mère de quatre enfants, le plus jeune âgé de six ans ; un avortement. Entrée le 26 septembre à la « Lying-in-Institution ». En ma qualité de chirurgien de la « Charity », on me demande de l'examiner. Je puis déclarer ici que la menstruation avait été en tout point régulière.

Elle souffrait depuis trois ou quatre jours d'une hémorrhagie utérine avec douleurs d'enfantement. Elle me raconta que neuf semaines auparavant, après avoir soulevé un lourd cuveau, elle fut prise soudain d'une perte abondante qui dura quelques jours. Elle était alors employée, je crois, à la « general Dispensary » de cette ville ; se trouvant trop malade, elle quitta son emploi de femme de ménage. Cependant les symptômes reparurent à intervalles d'environ une semaine, avec plus ou moins de violence, et les douleurs d'enfantement ne la quittèrent jamais tout-à-fait. A cette époque, elle chercha un soulagement dans le repos au lit, mais inutilement. A la fin, elle vint demander des soins à la « Lying in-Institution ».

Elle pensait avoir fait une fausse couche lors de sa première hémorrhagie et n'avoir pas tout expulsé. L'enquête que je fis près de son entourage ne me donna aucun indice suffisant d'avortement. Dans ces circonstances, je prescrivis des acides miné-

(1) Merci à notre ami Alaux, qui a mis si obligeamment à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue anglaise.

raux, des sels neutres, des réfrigérants généraux et un système de diète rafraîchissante, etc.

Les troubles furent arrêtés par ces moyens ; mais le 3 octobre l'hémorrhagie recommença, accompagnée d'une légère sensibilité abdominale. La médication fut répétée, avec addition de quelques pilules bleues faiblement dosées, combinées avec un sédatif.

Ce traitement fut continué avec succès jusqu'au 12, époque à laquelle la douleur devint tout à coup violente, surtout dans la région iliaque gauche, accompagnée de vives douleurs d'enfantement.

La région iliaque gauche était occupée par une tumeur analogue à l'utérus, et s'étendant dans le pelvis. Le gonflement concomitant de l'abdomen confirma la femme dans sa première opinion de grossesse. Elle disait de plus éprouver une vive sensibilité des seins, avec gonflement. D'après le temps qui s'était écoulé depuis la première hémorrhagie (10 semaines) et vu la continuité des douleurs d'enfantement sans expulsion d'autre chose que de sang, je fus porté à croire que la situation était plus grave qu'elle ne le pensait et que l'hémorrhagie résultait d'un affection utérine. Un examen vaginal ne me conduisit nullement à l'idée d'une grossesse, mais confirma mon opinion sur l'existence d'une maladie de l'utérus.

Je priai alors mon collègue, M. Simonds, de la voir et nous fûmes d'accord tous deux sur l'obscurité de ce cas et sur la nécessité d'une saignée locale immédiate. C'est pourquoi nous prescrivîmes l'application de ventouses dans le dos, et pour prévenir une tendance fébrile, des sels, etc.

Les ventouses la soulagèrent ; mais le 14, les douleurs réapparurent si violentes, que la malade ne put que difficilement être maintenue au lit. Notre ami, le docteur Lyons, médecin-accoucheur de l'Institution, fut alors appelé ; il fit un examen général et local, déclara se ranger à notre opinion, et sur la difficulté du diagnostic, et sur la grande probabilité d'une maladie qu'il attribua à la présence d'hydatides. Cette opinion devint une

quasi-certitude lorsque nous apprimes que la femme avait eu quelquefois des pertes constituées par un jet soudain de liquide aqueux. La circulation aortique étant plus forte qu'à l'état normal, et la sensibilité générale considérable, avec douleurs dans la tumeur, nous recourûmes de nouveau à la saignée locale au moyen de dix sangsues, suivies de cataplasmes émollients, etc. ; sels neutres, vin d'antimoine, et, la nuit, pilules bleues et extrait d'opium.

Les douleurs et les autres symptômes s'amendèrent, et la malade parut aller mieux jusqu'au 18, époque à laquelle la douleur reparut, accompagnée d'un trouble général de l'organisme. Nous prescrivimes des doses de calomel et d'opium, avec nouvelle application de sangsues et de cataplasmes.

Pendant cette période, la femme eut de violentes douleurs d'expulsion presque continuelles. Le 9, nous ne trouvâmes pas de diminution dans la souffrance ; comme le pouls ne justifiait pas la réapplication de sangsues, M. Simonds, en mon absence, administra l'acétate de morphine à hautes doses, avec bons résultats. L'usage continu de ce sédatif procura du soulagement; mais le 24, la pression artérielle augmentant, on eut de nouveau recours aux sangsues.

Ce traitement calmant fut continué jusqu'au 30 ; je fus alors appelé en toute hâte près de la malade, et je la trouvai en proie à de violentes douleurs d'un caractère plutôt spasmodique, quoique accompagnées des ordinaires douleurs d'enfantement. Le pouls était faible, mais pas assez pour nous alarmer. C'est pourquoi j'ordonnai une potion antispasmodique à la teinture d'asa fœtida et au camphre. A ma seconde visite, 3 heures après, je trouvai la femme dans un état de prostation qui semblait résulter d'un épuisement extrême : vu sa soudaineté et son intensié, il ne pouvait être rapporté qu'à une hémorrhagie interne. Du rhum et de l'eau furent alors administrés à la malade, ce qui lui permit d'expulser une forte quantité de flatuosités, et ce faisant elle mourut.

Examen post mortem (résumé). — Le corps ne présentait

aucune émaciation marquée. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve deux gros caillots étendus de la région lombaire aux fosses iliaques. En les enlevant et en écartant les viscères, on voit dans la cavité abdominale 3 litres 1/2 de sang environ. Les intestins étaient sains. Au centre du détroit supérieur et un peu inclinée à gauche, se trouvait une grosse tumeur arrondie ; elle présentait à sa partie postéro-supérieure un caillot sortant d'une perforation de l'enveloppe péritonéale, d'environ un quart de pouce de diamètre. Après enlèvement du caillot, une légère pression autour de l'orifice fait sortir une petite grappe d'hydatides.

Sur la surface postéro-supérieure du fond de l'utérus, état variqueux très marqué des veines, qui donne un aspect mamelonné, irrégulièrement bosselé, avec des endroits plus minces. Dans cette partie, mais située un peu vers la droite, se trouvait l'ouverture décrite plus haut.

Vagin sain ; orifice cervical sain, admettant l'extrémité de l'index, rempli d'un mucus rougeâtre semblable à celui qui se produit dans la première période du travail.

L'utérus fut ouvert de haut en bas sur sa face antérieure ; la paroi était saine dans la partie antéro-inférieure ; mais du tiers postéro-supérieur pendait dans la cavité du viscère une masse considérable d'hydatides, dont une grande partie fut facilement et immédiatement détachée ; mais une grappe du volume d'une petite tasse à thé resta fortement adhérente au fond.

En examinant ce corps, ont découvrit que la muqueuse voisine était complètement dégénérée, couverte d'exsudats irréguliers de lymphe et très friable. Les hydatides une fois enlevées, nous acquîmes la certitude qu'à ce niveau la muqueuse faisait complètement défaut, et que les vésicules étaient incrustées dans la paroi utérine même, dont elles avaient disséqué les vaisseaux.

Vers le fond, il existait des nids d'hydatides de dimensions diverses, qui produisaient ce développement irrégulier du fond de l'organe, que nous avons décrit plus haut. Vers la partie supérieure du fond, entre la muscle et la muqueuse, se trouvait

une autre masse qui désinsérait cette membrane et formait une cavité de plus de deux pouces de diamètre, confirmant cette observation d'Andral, que les hydatides se développent fréquemment sous la muqueuse.

Au voisinage de l'ouverture par laquelle le sang s'était écoulé, le péritoine était soulevé et détaché en partie de la paroi sous-jacente par de petites grappes d'hydatides.

Trompe et ovaire gauches libres et flottants ; l'ovaire était distendu par des hydatides et altéré dans sa structure interne.

Trompe et ovaire droits adhérents à la partie postérieure du fond.

Autres organes sains.

Observation XXI

Môle vésiculaire. — Pénétration de la paroi et perforation. — Hémorrhagie interne. — Hystérectomie. — Phlegmatia. — Guérison (Christopher Martin. *In th. Ouvry*, p. 81).

E. G..., 20 ans, était enceinte de 3 mois, lorsque le 8 octobre 1895 elle présente des phénomènes d'avortement. Le matin du 9 octobre, le Dr Wilson retire du vagin une assez grande quantité de vésicules. Dans l'après-midi la malade présente tous les symptômes d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave. M. Christopher Martin, appelé auprès de la malade, porte le diagnostic, « d'infiltration des sinus utérins par les villosités choriales myxomateuses, de perforation de la paroi utérine et d'hémorrhagie interne ». La malade était dans le collapsus et sans pouls. Presque aussitôt il fait une laparatomie, et pratique une hystérectomie totale. L'abdomen était plein de sang. Sur la face antérieure de l'utérus existait une petite perforation ayant à peu près 6 millimètres de diamètre, et par laquelle une grappe de vésicules s'échappait dans la cavité péritonéale.

Les annexes ne furent pas enlevés. La convalescence fut retardée par une plegmation alba dolens qui força la malade à rester 5 semaines au lit. Elle se rétablit peu à peu et actuelle-

ment (janvier 1897), M. Christopher Martin a l'obligeance de nous écrire que son opérée est en excellent état et ne présente aucun signe de déciduome malin.

Observation XXII

Môle vésiculaire. — Hémorrhagies. — Phlébite. — Mort 3 jours après l'extraction (Hauck. *Mémorabilien* 1873, p. 11).

Femme enceinte pour la 2e fois ; depuis le 3e mois de la grossesse, pertes de sang faibles toutes les 4 semaines, plus violentes au 4e mois. Utérus du volume de 7 mois de grossesse. La môle fut extraite après quatre introductions de la main ; elle remplissait presque une cuvette. La femme était épuisée. Elle alla bien pendant trois jours et mourut alors de phlébite.

Observation XXIII

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Infection. — Mort 3 jours après l'expulsion (Desbonnets. *In th. Domond*, p. 47).

La nommée Hortense L..., ménagère, âgée de 28 ans, mariée, a eu 4 enfants : ses couches se sont toujours passées d'une façon normale, et n'ont jamais donné lieu à aucun accident.

Elle fut réglée pour la dernière fois vers le milieu du mois de mai 1894. Rien à noter dans les premiers mois de grossesse.

Le 8 octobre 1894, elle nous fit appeler pour la première fois : elle avait des hémorrhagies depuis 8 jours. Les pertes continuent toujours à se produire : la malade très nerveuse ne s'en trouve pas affaiblie. Le pouls est fréquent : 120; il est régulier. Pas de souffle au cœur.

Utérus régulièrement développé, remonte jusqu'à l'ombilic ; il a une forme nettement globuleuse, il ne présente pas de saillies en aucun point. Pas de parties fœtales résistantes.

Auscultation : souffle utérin très marqué. Pas de battements fœtaux. Le col est ramolli, légèrement entr'ouvert.

Diagnostic. — Grossesse avec insertion vicieuse du placenta.

Vers le 15 octobre, elle nous déclare qu'elle vient de sentir pour la première fois remuer son enfant.

La palpation ne permet de reconnaitre aucune partie fœtale, l'auscultation ne renseigne pas davantage.

Au début du mois de novembre, les jambes commencent à enfler et l'œdème devient assez marqué : il remonte jusqu'au pubis. Les urines examinées le 3 novembre, ne présentent pas la moindre trace d'albumine. L'état général reste bon : pouls 120, les hémorrhagies continuent.

L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'œdème des jambes et du pubis devient plus considérable. Les urines, examinées le 26 novembre, décèlent la présence d'une quantité assez notable d'albumine.

6 décembre, hémorrhagie brusque, très abondante.

7 décembre, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite ; pas de douleur dans le ventre, pas de contractions utérines.

L'œdème des jambes et du pubis a complètement disparu.

9 décembre, pas d'hémorrhagie. Dans l'après-midi, les contractions utérines commencent à se montrer : les douleurs deviennent de plus en plus rapprochées : les hémorrhagies réapparaissent.

Le toucher montre une dilatation presque complète. L'orifice du col est rempli par une masse molle, comme spongieuse. A 9 heures les hémorrhagies continuant toujours et menaçant de devenir graves, nous nous décidons à une intervention. Dans notre idée, l'accouchement ne se produit pas parce que le placenta n'est pas encore complètement décollé et nous voulons hâter son expulsion. Pendant les manœuvres, la main ramène quelques vésicules : diagnostic. Môle. Expulsion.

10 décembre. — La face est bouffie, les doigts sont enflés ; l'œdème des membres inférieurs et du pubis n'est presque plus

marqué. Pouls 130. T. A. 38°7. Les urines, examinées le soir même, contiennent une énorme quantité d'albumine.

11 décembre, à 10 heures du matin, T. A. 38°4.

La bouffissure de la face augmente, l'œdème des mains est plus marqué. La malade se plaint d'avoir la tête lourde : un peu de céphalée; un peu de mal aux reins.

12 décembre, T A 39°8; le même jour vers 4 heures du soir, grand frisson, délire, la température s'élève rapidement et la malade meurt à 6 h. du soir.

Observation XXIV.

Môle vésiculaire.—Intoxication.—Hémorrhagies.—Pyohémie. — Mort 1 mois et demi après l'expulsion (Verrier, *In th. Pitistiano.* Résumé.)

Femme 21 ans, entrée le 7 mai 1859 à Necker pour pertes de sang continues.

Bonne santé habituelle. A la suite d'une vive inquiétude éprouvée le 5 mai, les métrorrhagies sont apparues dans la nuit du 5 au 6.

Grossesse présumée de 4 mois : suppression des règles, ballonnement du ventre, ramollissement du col qui est entr'ouvert, souffle intense. Pas de bruits du cœur ni de mouvements fœtaux. Troubles de la digestion et des sécrétions. Albumine.

Fin mai, le ventre étant augmenté de volume sans que les autres signes physiques concourussent au diagnostic, on pense à un produit de conception dégénéré.

Dans la nuit du 19 au 20 juin, expulsion d'une môle; 6 grammes d'ergot; le 20, à 11 heures du matin, expulsion de la caduque incomplète; on tente un curage digital, sans y réussir. Pouls à 120.

21 juin. — Pouls à 96. Douleur dans le ventre, surtout à gauche.

24 juin. — Pouls à 96. Lochies fétides. Douleurs abdominales.

27 juin. — Pouls à 92. Frisson. Montée laiteuse.

2 Juillet. — Pouls à 140. Frisson prolongé. Toux.

4 — Fièvre. Affaissement.

7 — Frisson très prolongé, syncope. Pouls à 120. Pas d'albumine.

8 juillet. — Pouls à 130. Vomissements. Gonflement, empâtement et rougeur au niveau de l'articulation du coude gauche et de l'articulation sterno-claviculaire droite (pyohémie).

11 juillet. — Diarrhée intense, amaigrissement prononcé, teint jaune, langue sèche ; pouls à 116, filant.

13 juillet. — L'état s'aggrave.

18 — Toutes les articulations se prennent peu à peu. Pouls à 132.

23 juillet. — Phlegmatia alba dolens à gauche.

25 — Eschares.

7 août. — Mort.

Autopsie le 9. Temps chaud et sec.

On trouve l'utérus revenu sur lui-même et présentant à peu près le volume normal qu'il a après les couches, à cette époque.

Il reste cependant encore, à sa face postérieure, une certaine hypertrophie granuleuse, qui, étant fortement grattée, laisse sourdre par places un peu de pus épais ; on ne voit rien qui puisse expliquer que l'utérus eût été le siége d'une môle vésiculaire. Le col était mou, brun, noirâtre, admettant la première phalange de l'indicateur.

La veine iliaque primitive gauche renferme du pus avec de fausses membranes en abondance, adhérentes aux parois du vaisseau. Toutes les veines supérieures de ce membre, ainsi que les veines du plexus hypogastrique du côté gauche, sont plus ou moins remplies de pus. (C'est le membre abdominal de ce côté qui était le siège de l'œdème noté.)

Du côté droit, les désordres sont les mêmes ; seulement le pus paraît plus récemment formé ; le caillot qui remplit chaque vaisseau contient du pus à l'extérieur, avec un commencement de fausses membranes çà et là, mais au centre il est plus mou.

La veine cave inférieure elle-même contient beaucoup de pus, avec pseudo-membranes remontant jusqu'au foie.

Le cœur est parfaitement sain.

L'articulation sterno-claviculaire laisse écouler, à l'ouverture, un pus séreux, très abondant; les autres articulations n'ont pas été ouvertes, mais tout porte à croire qu'elles sont dans le même état.

Les poumons sont sains; cependant un peu d'hépatisation rouge commençait à se former. La rate est saine.

Le cerveau et les reins, n'ayant présenté aucun phénomène morbide pendant la vie, n'ont pas été examinés.

Le foie, volumineux, est très-coloré; son tissu ressemble un peu à celui du foie cirrhosé; on trouve quelques points disséminés ressemblant à du pus; mais un examen attentif a démontré que c'étaient de petites bulles de gaz qui se modifiaient ou disparaissaient sous la pression du doigt, résultat d'un commencement de décomposition cadavérique. La capsule de Glisson s'enlève facilement.

Il n'y a d'abcès métastatique dans aucun organe. On ne trouve d'autres traces que celles de l'infection purulente à laquelle la malade a succombé.

Observation XXV.

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Infection. — Mort 25 jours après l'expulsion (Fritz, *Mémorabilien* 1873. Obs. 32.)

Femme ayant expulsé une môle vésiculaire; morte 25 jours plus tard. Fièvre, œdème des lèvres, albuminurie..

Autopsie. — Utérus gros, parois molles. Dans la corne droite, excroissance verruqueuses, formées en partie par un exsudat sanguin. Transformation kystique des ovaires. Sang coagulé dans le cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION XXVI.

Môle vésiculaire. — Intoxication. — Hémorrhagies. — Mort 1 mois après l'expulsion. (MULLER, *In th. Domond*, p. 51).

Femme de 30 ans, VI pare, atteinte d'albuminurie grave au 5e mois de la grossesse. Avortement artificiel amenant l'expulsion d'une môle vésiculaire après de fortes hémorrhagies. Curettage et tamponnement de l'utérus pour combattre les hémorrhagies persistantes. L'utérus restant gros, on fait, quelques semaines après un nouveau, curettage qui ramène des masses molles pulpeuses. Les hémorrhagies s'arrêtent. L'état de la malade continue à s'aggraver et elle meurt 1 mois après l'expulsion de la môle.

CONCLUSIONS

I. — La môle vésiculaire se révèle tumeur maligne par sa constitution histologique.

II. — La môle vésiculaire se révèle tumeur maligne par sa marche envahissante. Cette évolution s'accomplit en trois stades successifs.

1° Envahissement de la caduque, épaissie par un processus de défense.

2° Envahissement du muscle utérin, perforation possible.

3° Envahissement de l'organisme tout entier par les veines, soit sous forme de vésicules, soit plutôt sous forme de déciduome malin.

La môle la plus bénigne peut parcourir ces trois périodes, si la nature ou l'accoucheur lui en laissent le temps.

III. — La môle vésiculaire se révèle tumeur maligne par l'intensité des phénomènes d'auto-intoxication qu'elle provoque. Souvent cette intoxication atteint profondément le système nerveux : l'une de ses conséquences les plus dangereuses est alors la paralysie de l'utérus.

La toxémie, jointe aux hémorrhagies qui surviennent à toutes les périodes, plonge l'organisme dans un état de

marasme absolument analogue à la cachexie cancéreuse.

IV. — Pour toutes ces raisons, auxquelles il faut ajouter le danger des accidents de rétention et d'infection consécutive, la môle vésiculaire comporte un pronostic très grave.

V. — Il importe donc d'établir un diagnostic précoce.

VI — Ce diagnostic commande l'intervention immédiate ; elle sera purement manuelle et consistera dans une dilatation digitale de l'orifice, suivie d'un curage digital de la cavité utérine.

Si la môle a envahi le tissu musculaire, l'hystérectomie précoce sera pratiquée ; cette opération est urgente dans le cas de perforation.

La malade sera observée soigneusement pendant des mois et hystérectomisée au moindre indice de déciduome.

VII. — Dans les cas non diagnostiqués, l'accoucheur sera amené à suivre la même règle de conduite, s'il observe cette loi formulée par M. le P. Pinard : « Chez toute femme enceinte qui perd du sang, si le pouls dépasse cent pulsations, il faut vider l'utérus, quel que soit l'âge de la grossesse ».

Vu : Le président de la thèse,

PINARD

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Aëtius. — Tetrab. 4 sermo 4, c. 79.
Albinus.— Anat. Acad., lib. I.
Ancelet. — *Ann. de gyn.*, 1876.
Andral. — *Bull. Soc. anat.*, 1873.
Aristote. — De gener. anim., l. IV, c. VII.
Aschoff. — *Arch. f. gyn.*, 1896.
Avicenne. — Edit. Venise, p. 389.
Bellin. — *Thèse*, 1896.
Berton. — *Arch. gén. de méd.*, 1828.
Besson. — *Ann. de la Soc. de méd.*. Saint-Etienne, 1861.
Blanchard. — *Thèse*, Lille, 1897.
Bloch. — *Thèse*, Fribourg, 1869.
Boivin (Mme). — Maladies de l'utérus.
— Nouvelles recherches sur l'origine de la môle vésiculaire, 1827.
Bourdillat. — *Bull. Soc. anat.*, 1869.
Brault, — *Arch. des Sc. méd.*, 1896.
Bricheteau. — *J. complém. des Sc. méd.*, 1830.
Brion. — *Ann. de la Soc. de méd.*, Montpellier, 1814.
Budin. — *Progrès médical*, 1875.
Buscarlet. — *Ann. de tocol.*. 1890.
Butaresco. — *Thèse*, 1867.
Cabaret. — *J. des Conn. méd. chir.*, 1842.
Cayla. — *Thèse*, 1849.
Charpentier. — *Th. d'agrég.* 1869.
Charroppin. — *Thèse*, 1879.
Clément. — *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1888.
Cornil et **Ranvier**. — Anat. pathol.

Daring. — *Amer J. of obst.*, 1886.
Dauzats. — *Arch. de tocol.*, 1877.
Defoix. — *Bull. Soc. anat.*, 1868.
Delaire. — *Bull. Soc. méd.*, Amiens, 1861.
Depaul. — *Méd. Soc. de biol.*, 1853.
— *Mouv. méd.*, 1868.
Désormeaux. — *Dict.* en 30 vol.
Dœring. — *Ann. de gyn.*, 1886.
Domond. — *Thèse*, 1898.
Dufour. — *Bull. Soc. anat.*, 1865.
Duchamp. — *Thèse d'agr.*, 1880.
Duhamel. — *Gaz. des hôp.*, 1858.
Dulac. — *Gaz. hebdom.*, 1884.
Engel. — *Centralb. f. gyn.*, 1892.
Ercolani. — *Arch. de tocol.*, 1876.
Follin. — *Mém. Soc. de biol.*, 1849.
Fontan et **Conche.** — — *Lyon médical*, 1870.
Fourrier. — *Rev. gén. de méd. et thér.*, 1890.
Fraenkel. — *Arch. f. gyn.*, XLVIII.
Franqué. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1896.
Fricker. — *Memorabilien*, 1873.
Fritsch. — *Centralb. f. gyn.* 1872.
Fritz. — *Memorabilien*, 1873. Obs. XXXII.
Gallien. — *De usu part.*, *lib.* XIV, ch. VII.
Garnier. — *Bull. Soc. anat.*, 1858.
Germain. — *Bull. ac. roy de méd.*, Belgique, 1858-59
Gfrörer. — *Memorabilien*, 1873. p. 7.
Gibert. — *Bull. Soc. anat.*, 1856.
Graaf (de). — Opera omnia, Lyon, 1678.
Grassius. — De nat. et orig. hyd. disq.
Hamon. — *Gaz. des hôp.*, 1858.
— *Abeille méd.*, 1874.
Hauck. — *Memorabilien*, 1873. p. 11.
Hegar. — *Beit. z. geb.*, 1872.
Herbert. — *Bull. Soc. anat.*, 1869.
Hiller. — Opusc. pathol. Obs. XLVIII.
Hippocrate. — Mal. des femmes, l. I.
Hirtzmann. — *Thèse*, 1874.
Hubert. — *Mém. acad. roy.*, Belgique, 1857.
Hypolitte. — *J. de méd. et chir. prat.*, 1881
Jacquart. — *Mem. Soc. biol.*, 1860.
Jagot. — *Progrès méd.*, 1880.

Jagot. — *Ann. gyn.*, 1895.
Jarotzky et **Waldeyer.** — *Memorabilien*, 1873, p. 20.
Kast. — *Memorabilien*, 1873, p. 23.
Krieger. *Beit. z. geb. u. gyn.*, 1872.
La Harpe (**de**). — *Arch. de tocol.*, 1874.
Lahaye. — *Bull. Soc. anat.*, Nantes, 1878-79.
Lamæstre. — *Bull. Soc. anat.*, 1846.
La Motte (**de**). — Tr. complet des acc., 1765, t. I, p. 84.
Landouzy. — *Bull. Soc. anat.*, 1839.
Langevin. — *Bull. gén. de thérap.*, 1842.
Laroche (**M**lle). — *J. des s.-femmes*, 1886.
Lasserre. — *J. de méd. chir. pharm. prat.*, 1857.
Leray. — *N. j. de méd*, t. XIX, p. 117.
— — t. XIV, p. 113.
Levers. — *Lancet*, 1890.
Liégeois. — *Bull. Soc. anat.*, 1856.
Littre. — *Mém. acad. des sc.*, 1715.
Louvet-Lamarre. *Thèse*, 1864
Magnin. — *J. de méd. et chir. prat.*, 1881.
Malichecq. — *Gaz. des hôp.*, 1866.
Marchand. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1895.
Marsh. — *N.-Y. méd. J.*, 1888.
Maundell. — *J. of amer. assoc.*, 1888.
Matteï. — *Gaz. des hôp.*, 1858.
Mauriceau. — Tr. des mal. des femmes, 1681.
Metzges. — *Thèse*, Wurzburg, 1887.
Michel — *J. des méd. prat.*, 1857.
Migliaressi. — *Thèse*, 1894.
Mousseaud. — *Gaz. des hôp.*, 1856.
Muller. — *Revue d'obst.*, 1896.
Neumann. — *Wiener klin. Woch.*, 1897.
Oui. — *Rev. d'obst.*, 1895.
Ouvry. — *Thèse*, 1897.
Paré (Amb.). — Lyon, 1641, p. 616.
Paul d'Egine. — Lib., 3, c. 69.
Paviot. — *Lyon méd.*, 1894.
Pelvet. — *Bull. Soc. anat.*, 1863.
Pennel. — *Rev. gén. de clinique*, 1889.
Percy. — *J. de méd. chir. pharm.*, 1811.
Pestalozza. — *Ann. di ost. et gyn.*, 1895.
Peyre. — *J. de méd. de Bordeaux*, 1891.
Picard. *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1867.

Pierre. — *Bull. Soc. anat.*, 1850.
Pinard. — Art. Grossesse du *Dict. encycl.*
— Tr. du palper.
— Cliniques, octobre 1897, mars 1899.
— *Registres d'obs.*, Lariboisière, 1896, p. 230.
— — Cl. Baudeloque, 1896, n° 1705.
— — — 1899, n° 405.
Pitistiano. — *Thèse*, 1875.
Portal. — Prat. des acc., 1681.
Portal (de Palerme). — *Encyclogr. des sc. méd.*, 1836.
Ribemont-Dessaignes et **Lepage**. — Précis d'obst.
Rieck. — *Thèse*, Berlin, 1890.
Rœser. — *J. des s.-femmes*, 1886.
Rummler. — *Thèse*, Bonn, 1881.
Ruysch. — Fasc. VI, p. 32.
Schuhl. — *Arch. de tocol. et gyn.*, 1891.
Schreck (Mme). — *Thèse* Pitistiano.
Smellie. — Obs. sur les acc.
Soyre (de). — *Gaz. des hôp.*, 1864.
Stolz. — *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1861.
Tarneau. — *Gaz. des hôp.*, 1864.
Tarnier. — Tr. d'acc.
Tartarin. — *J. des méd. prat.*, 1882.
Thuillier. — *J. de méd. chir. pharm.*, 1826.
Tueffeld. — *Union médic.*, 1873.
Vallisnieri. — Opera, 1710.
Vanverts. — *Bull. méd. du Nord*, 1877.
Verrier. — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1883.
Virchow. — Path. des tumeurs.
Volkmann. — *Virchow's Archiv*, 1867, et *Memorabilien*, 1873, p. 18.
Warmann. — *Centralb. f. gyn.*, 1872.
Wilton. — *Lancet*, London, 1839-40.

IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN, BUZANÇAIS (INDRE)

BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE DEVERDUN & JAGUIN